

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CA BỆNH TAY CHÂN MIỆNG VÀO BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ NAM, NĂM 2017 - 2018

Đỗ Thị Thanh Toàn[✉], Đặng Thị Hương

Viện Đào tạo YHDP&YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

Tại Việt Nam, bệnh tay chân miệng (TCM) đã lưu hành trên toàn bộ 63 tỉnh thành. Tại Hà Nam, bệnh TCM cũng đã xuất hiện tản mát từ nhiều năm nay và thực sự bùng phát mạnh từ khoảng giữa năm 2011. Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mô tả đặc điểm của các ca bệnh vào Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam trong hai năm 2017- 2018. Kết quả cho thấy bệnh TCM chủ yếu gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, đặc biệt nhóm trẻ dưới 3 tuổi (chiếm 87,2%). Tỷ lệ mắc của nam cao hơn nữ rõ rệt tương ứng 62,72% và 37,28%. Phân bố các ca bệnh TCM được chẩn đoán lâm sàng ở phân độ 1, 2a và 2b khi nhập viện, trong đó chủ yếu là phân độ 1 và 2a (48,6% và 43,7%) và phân độ 2b ít gặp hơn với 7,7%. Các triệu chứng thường gặp trên các ca bệnh TCM bao gồm sốt (90,61%), nổi ban (94,47%), loét miệng (70,17%). Các đặc điểm cận lâm sàng nổi bật là tình trạng tăng bạch cầu và tiểu cầu (56,4%), giảm glucose máu (39,6%) và kết quả CPR dương tính (38,7%).

Từ khóa: Tay chân miệng, đặc điểm ca bệnh, bệnh viện đa khoa tỉnh, tỉnh Hà Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây từ người sang người qua đường tiêu hóa và dễ gây thành dịch. Bệnh do virus đường ruột gây ra với hai nhóm tác nhân chính là Coxsackievirus A16 (CVA16) và Enterovirus 71 (EV71). Bệnh hay gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi với biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí như miệng, lòng bàn tay - chân, mông, gối. Ngoài ra, 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.¹

Tại Việt Nam, bệnh tay chân miệng bắt đầu được ghi nhận từ năm 2003,² nhưng tình hình bệnh thực sự trở nên phức tạp trong khoảng 5 năm trở lại đây. Cụ thể, theo Bộ Y tế, trước năm

2011, mỗi năm chỉ ghi nhận trên dưới 10 nghìn ca tay chân miệng trên phạm vi cả nước, nhưng trong vài năm trở lại đây con số này đã tăng gấp khoảng 10 lần. Năm 2012 bệnh tay chân miệng đứng thứ hai trong số 10 bệnh truyền nhiễm có số người mắc cao nhất, đồng thời là bệnh có số người tử vong đứng thứ ba. Mặc dù từ năm 2013 đến nay bệnh có chiều hướng giảm,³⁻⁵ nhưng trong điều kiện chưa có vắc xin và thuốc điều trị đặc hiệu, tỷ lệ người lành mang bệnh cao, vệ sinh cá nhân - môi trường còn nhiều bất cập thì dịch rất dễ bùng phát trở lại.

Hiện nay, bệnh tay chân miệng đã lưu hành trên toàn bộ 63 tỉnh thành. Tại Hà Nam, dịch tay chân miệng cũng đã xuất hiện tản mát từ nhiều năm nay và thực sự bùng phát mạnh từ khoảng giữa năm 2011. Theo Ủy ban nhân dân tỉnh Hà Nam6, chỉ trong 3 tháng quý III năm 2011, toàn tỉnh đã ghi nhận 150 trường hợp mắc tay chân miệng. Đa số các trường hợp mắc tay chân miệng nhập viện được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam và một phần nhỏ được điều trị tại các cơ sở y tế khác hoặc tại nhà. Do vậy,

Tác giả liên hệ: Đỗ Thị Thanh Toàn,

Viện ĐT YHDP & YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dothithanhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 01/02/2020

Ngày được chấp nhận: 09/06/2020

nghiên cứu này được thực hiện để mô tả đặc điểm của các ca bệnh vào Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam trong hai năm 2017 - 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh tay chân miệng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán (theo quy định của Bộ Y tế1):

+ Ca bệnh lâm sàng (ca bệnh giám sát): Là những trường hợp có sốt, ban chủ yếu dạng phỏng nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, đầu gối, mông, miệng, có thể kèm theo loét ở miệng.

+ Ca bệnh xác định: Là ca bệnh lâm sàng có xét nghiệm dương tính với vi rút đường ruột gây bệnh tay chân miệng.

2. Phương pháp

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- *Cỡ mẫu và chọn mẫu:* Chọn toàn bộ các ca bệnh xác định tay chân miệng vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam trong 2 năm 2017 - 2018. Tổng số thu thập là 181 ca bệnh.

- *Phương pháp thu thập thông tin:* Sử dụng kỹ thuật hồi cứu hồ sơ bệnh án lưu trữ tại phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế.

- *Nội dung nghiên cứu*

• Đặc trưng cá nhân của đối tượng nghiên cứu

• Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các ca bệnh tay chân miệng

3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và xử lý bằng phần mềm Stata 14. Áp dụng các phép tính thống kê mô tả như tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn đối với các biến số định lượng và tính tỉ lệ % đối với các biến số định tính.

4. Đạo đức nghiên cứu

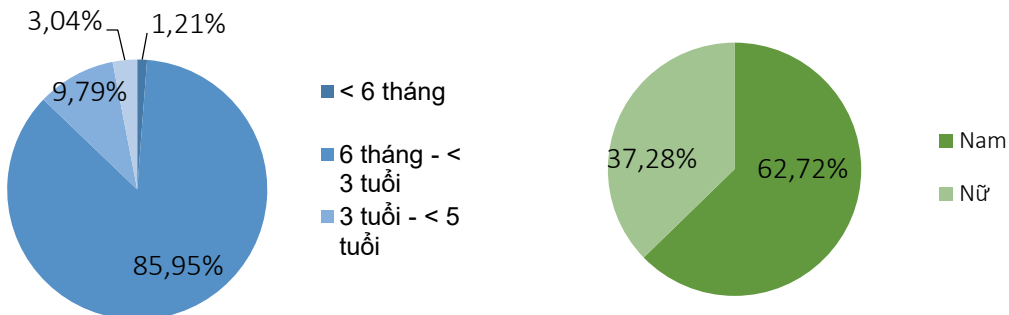
• Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.

• Nghiên cứu không tiến hành trực tiếp với bệnh nhân mà chỉ thông qua hồ sơ bệnh án có sẵn hoặc danh sách ca bệnh thu thập tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.

III. KẾT QUẢ

1. Phân bố ca bệnh tay chân miệng tại Hà Nam trong hai năm 2017 - 2018 theo tuổi và giới

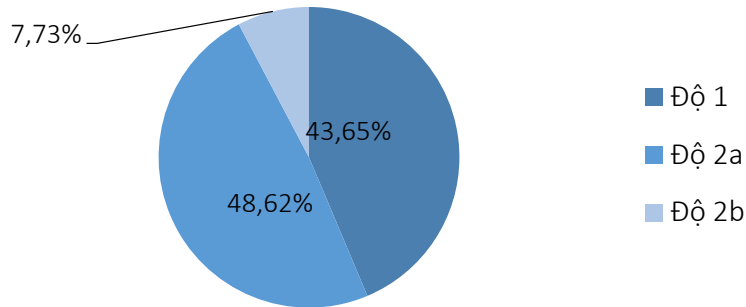
Biểu đồ 1 (A) và (B) thể hiện sự phân bố của các ca bệnh tay chân miệng theo tuổi và giới. Kết quả cho thấy, bệnh tay chân miệng xuất hiện chủ yếu ở trẻ em và tập trung phần lớn ở trẻ dưới 5 tuổi với 178 ca mắc chiếm 98,79%; trong đó 87,16% là trẻ dưới 3 tuổi. Bệnh cũng có xu hướng cao hơn ở trẻ nam so với nữ qua tất cả các năm.



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ các ca TCM vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2012 – 2017 theo tuổi (A) và theo giới (B)

2. Phân bố các ca tay chân miệng vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2017 - 2018 theo phân độ lâm sàng khi nhập viện.

Biểu đồ 2 cho thấy trong hai năm 2017 – 2018, tất cả 181 ca bệnh tay chân miệng khi nhập viện đều được chẩn đoán ở các phân độ lâm sàng 1, 2a và 2b mà không có ca bệnh nào ở hai phân độ nặng hơn (độ 3 và 4). Số ca bệnh được chẩn đoán ở độ 2a chiếm tỷ cao nhất với 88 ca tương ứng 48,62%; tiếp sau là độ 1 với ít hơn 9 ca - tương ứng 43,65% và thấp nhất là độ 2b với 14 ca - tức 7,73%.



Biểu đồ 2. Phân bố các ca TCM vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2015 – 2016 theo phân độ lâm sàng khi nhập viện (n = 181).

3. Đặc điểm lâm sàng các ca tay chân miệng vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2017 – 2018.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng các ca bệnh TCM vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2017 – 2018 (N=181)

Triệu chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sốt ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)	164	90,61
Sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$	34	18,78
Đau họng	101	55,80
Tiêu chảy	8	4,42
Nôn	41	22,65
Chán ăn	122	67,40
Phát ban nói chung	171	94,47
Ban ở tay	132	72,93
Ban ở chân	136	75,14
Ban ở mông	58	32,04
Loét miệng	127	70,17
Rối loạn hô hấp, tim mạch	6	3,31
Giật mình	46	25,41
Bứt rứt	9	4,97
Co giật	3	1,66

Các biểu hiện lâm sàng thường gặp của bệnh tay chân miệng được trình bày trong bảng 1, gồm: sốt (90,61%), phát ban (94,47%), loét miệng (70,17%). Ngoài ra, đau họng và chán ăn là cũng hai triệu chứng đi kèm khá thường gặp với lần lượt 55,80% và 67,40%. Các biểu hiện của đường tiêu hóa như nôn, tiêu chảy chỉ gặp với tỷ lệ thấp (22,65% và 4,42%). Hơn 1/4 số ca có biểu hiện giật mình và một tỷ lệ nhỏ có biểu hiện rối loạn hô hấp - tim mạch, bứt rứt, co giật.

4. Đặc điểm cận lâm sàng các ca tay chân miệng vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2017 – 2018.

Bảng 2. Đặc điểm sinh hóa máu các ca bệnh TCM vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2017 – 2018 (N=181)

Chỉ số	n	Đơn vị	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min - Max	Tỷ lệ bất thường (%)
Hồng cầu	181	T/l	4,42	0,42	3,5 – 6,11	14,36
Bạch cầu	181	G/l	10,96	3,53	4,2 - 21,1	56,35 > 16: 10,5 10 – 16: 45,8
Tiểu cầu	181	G/l	290,50	89,41	129 – 541	16,57 > 400: 12,15
Glucose	106	mmol/l	4,12	1,08	1 – 7,5	40,6 < 3,9: 39,6 > 6,4: 0,95
Natri	107	mmol/l	135,04	4,00	126 – 148	31,8
Kali	107	mmol/l	4,12	0,41	3,05 – 5,8	6,5
Clo	107	mmol/l	93,41	3,66	86 – 103	90,7
CRP	106	(-)/(+)	-	-	-	38,7

Các đặc điểm sinh hoá máu trên các ca bệnh được trình bày trong bảng 2, cho thấy:

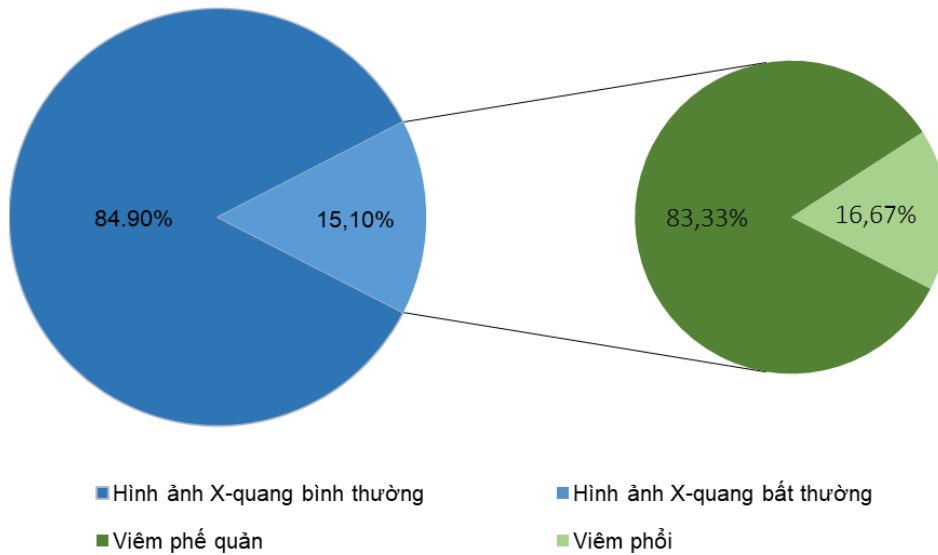
Về công thức máu, sự tăng số lượng bạch cầu xuất hiện ở hơn một nửa số ca, trong đó 10,5% số ca có bạch cầu tăng trên 16 G/l. Ngoài ra cũng có một tỷ lệ đáng kể về bất thường số lượng hồng cầu và tiểu cầu.

Về lượng glucose máu, có tới 40,57% số ca có biểu hiện bất thường, chủ yếu là giảm glucose máu với ngưỡng thấp nhất ghi nhận được chỉ là 1 mmol/l.

Về điện giải đồ, có sự bất thường khá lớn về hàm lượng clo máu - chiếm 77,57% tổng số ca. Sự bất thường về hàm lượng natri cũng đạt tỷ lệ đáng kể - 13,08%, còn đối với hàm lượng kali, tỷ lệ bất thường thấp.

Về xét nghiệm Protein C (CRP), tỷ lệ dương tính đạt 38,68%.

Đặc điểm X - quang các ca bệnh tay chân miệng được trình bày trong biểu đồ 3 cho thấy, trong 159 ca được chụp X - quang tim phổi, có 24 ca bất thường về hình ảnh X - quang, trong đó tổn thương thường gặp nhất là viêm phế quản (20/24 ca) chiếm 83,33%; còn lại 4 ca có tổn thương viêm phổi.



Biểu đồ 3. Đặc điểm X-quang các ca bệnh TCM vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2015 – 2016.

IV. BÀN LUẬN

Đặc trưng tuổi và giới của các ca tay chân miệng vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

Trong hai năm 2017 - 2018, tại BV đa khoa tỉnh Hà Nam, bệnh tay chân miệng xuất hiện chủ yếu ở trẻ em và tập trung phần lớn ở trẻ dưới 5 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu khác như tại Hà Nội năm 2009 – 2011 với gần như 100% trường hợp mắc tay chân miệng là trẻ dưới 5 tuổi,⁷ hay tại 20 tỉnh thành phía Nam giai đoạn 2005 – 2011 của Trần Ngọc Hữu với 80% các ca mắc tay chân miệng là trẻ dưới 3 tuổi.⁸ Đáng chú ý tỉ lệ trẻ dưới 6 tháng tuổi mắc tay chân miệng rất thấp là do còn kháng thể của mẹ truyền sang trong thời kỳ bào thai. Sau 6 tháng, lượng kháng thể này giảm dần nên nguy cơ mắc bệnh của trẻ tăng cao.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc tay chân miệng ở trẻ nam cao hơn gần gấp đôi so với trẻ nữ (62,7% và 37,3%). Một số nghiên cứu trong nước và quốc tế cũng cho kết quả tương tự về sự chênh lệch rõ rệt này như nghiên cứu của Trung tâm kiểm soát

và phòng ngừa bệnh tật châu Âu tại Tây Ban Nha năm 2016 với tỷ lệ nam/nữ = 58%/42%⁹; nghiên cứu của Weiwei Zhang và cộng sự tại Trung Quốc năm 2012 – 2014 với tỷ lệ nam/nữ = 62,4%/37,6%;¹⁰ nghiên cứu của Lê Thị Song Hương năm 2011 – 2012 tại Hải Phòng với tỷ lệ nam/nữ = 59,28%/40,72%¹¹ và nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư năm 2012 với tỷ lệ nam/nữ = 63,5%/36,5%.¹² Lý do của hiện tượng này tới nay chưa được giải thích rõ nhưng theo chúng tôi một nguyên nhân có thể nghĩ tới đó là do các bé trai thường hiếu động hơn các bé gái nên sẽ có nguy cơ tiếp xúc với các bề mặt nhiễm virus gây bệnh cao hơn.

Phân bố các ca tay chân miệng vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam theo phân độ lâm sàng khi nhập viện.

Trong số 181 ca bệnh tay chân miệng nhập viện năm 2017 – 2018, các phân độ lâm sàng 1 và 2a chiếm tỉ lệ cao nhất (48,6% và 43,7%) và phân độ 2b ít gặp nhất với 7,7%. Dựa vào phân bố tỷ lệ ca bệnh theo các phân độ lâm sàng có thể thấy nhìn chung tại Hà Nam tình trạng bệnh

không trầm trọng như một số địa phương khác (như nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư tại Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh,¹² nghiên cứu của Bùi Thị Thu Thủy và Phạm Quốc Thắng tại Đồng Nai.¹³ Tuy theo hướng dẫn của Bộ Y tế, đối với phân độ lâm sàng 1 chỉ cần điều trị tại nhà và theo dõi tại cơ sở y tế nhưng vẫn có một tỷ lệ lớn bệnh nhân nhập viện ở phân độ này. Điều này có thể lý giải do tâm lý lo lắng của cha mẹ khi trẻ bị bệnh, dẫn tới không yên tâm để trẻ điều trị tại nhà.

Đặc điểm lâm sàng các ca tay chân miệng vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

Sốt là triệu chứng thường gặp trong các bệnh truyền nhiễm nói chung và bệnh tay chân miệng nói riêng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 90,61% số ca nhập viện có biểu hiện sốt và 18,78% có biểu hiện sốt cao trên 39°C. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Thu Thủy và Phạm Quốc Thắng¹³, tuy nhiên lại cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư¹² cũng như Baoyan Liu và cộng sự¹⁴ khi tỷ lệ ca có sốt chỉ chiếm trên dưới 60%.

Trong khi sốt là triệu chứng phổ biến trong các bệnh truyền nhiễm thì tổn thương dạng ban phỏng nước tại chân, tay, mông, gối được coi là biểu hiện đặc trưng của bệnh tay chân miệng, giúp phân biệt bệnh tay chân miệng và bệnh viêm loét miệng. Theo đó, tỷ lệ nổi ban nói chung là 94,47%; loét miệng cũng chiếm tỷ lệ khá lớn với 70,17%. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho kết quả tương tự về tỷ lệ nổi ban,¹²⁻¹⁵ nhưng đối với triệu chứng loét miệng, các nghiên cứu của khu vực cho tỷ lệ cao hơn – khoảng trên 90%.^{14,15} Ngoài ra, các triệu chứng chán ăn, đau họng cũng khá thường gặp.

Các triệu chứng nặng như giật mình, co giật, bứt rứt và rối loạn hô hấp – tim mạch là căn cứ quan trọng để xếp bệnh nhân vào các phân độ lâm sàng nặng. Theo đó, triệu chứng giật mình

chiếm khoảng ¼ số ca, 3 triệu chứng còn lại chiếm tỷ lệ nhỏ - khoảng dưới 5%. Do không có trường hợp nào nhập viện được xếp vào phân độ lâm sàng 3 và 4 nên biểu hiện co giật ở đây chủ yếu liên quan đến tình trạng sốt cao liên tục ($\geq 39^\circ\text{C}$) còn các rối loạn hô hấp – tim mạch (khó thở, mạch nhanh) có thể là hậu quả của tình trạng bội nhiễm viêm đường hô hấp dưới.

Đặc điểm cận lâm sàng các ca tay chân miệng vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

Tất cả bệnh nhân tay chân miệng nhập viện năm 2017 – 2018 đều được xét nghiệm công thức máu, ngoài ra một số bệnh nhân còn được làm thêm các xét nghiệm khác như CRP, đường máu, điện giải đồ và chụp X – quang tim phổi thẳng. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, tất cả bệnh nhân tay chân miệng khi nhập viện từ phân độ 2b trở lên cần phải được làm xét nghiệm căn nguyên virus gây bệnh. Tuy nhiên tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam do điều kiện phương tiện kĩ thuật còn hạn chế nên chưa thể thực hiện được việc chẩn đoán căn nguyên.

Nếu về mặt lâm sàng, sốt được xem là một chỉ điểm quan trọng của phản ứng viêm thì về mặt cận lâm sàng, cần phải nói đến số lượng bạch cầu máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số ca có tăng bạch cầu máu chiếm 56,35%, đặc biệt có tới 10,50% số ca bệnh có chỉ số bạch cầu trên 16G/l – ngưỡng được cho là rất có liên quan đến các biến chứng. Tuy nhiên nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư¹² cho kết quả cả hai tỷ lệ này đều cao hơn so với chúng tôi nhưng điều này lại phù hợp với các đặc điểm lâm sàng của riêng từng nghiên cứu.

Ngoài bạch cầu, trong công thức máu của bệnh nhân tay chân miệng cần phải chú ý tới tiểu cầu. Lượng tiểu cầu thường tăng dần theo mức độ nặng của bệnh do đây là cũng một yếu tố quan trọng trong phản ứng viêm. Theo đó, nghiên cứu đã chỉ ra số lượng tiểu cầu trung

bình là $290,50 \pm 89,41$ G/l, dao động từ 129 đến 541 G/l, trong đó có 12,15% trường hợp có lượng tiểu cầu trên 400G/l. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư có phần cao hơn với 18,3%.¹²

Glucose là một chỉ số rất được quan tâm trong sinh hóa máu của bệnh nhân tay chân miệng. Glucose máu tăng được cho là do sự kích thích hệ thần kinh giao cảm và điều này rất có ý nghĩa đối với tình trạng nặng của bệnh. Nghiên cứu chỉ ra có 40,57% bệnh nhân có bất thường glucose máu, tuy nhiên sự tăng glucose máu chỉ chiếm tỉ lệ rất nhỏ (dưới 1%), toàn bộ số còn lại là các ca bệnh có glucose máu giảm. Lượng glucose máu rất phụ thuộc vào tình trạng no đói của trẻ, do vậy chưa thể khẳng định đây là một hiện tượng bất thường khi không nắm được thông tin về thời điểm lấy máu của trẻ. Cần phải có nghiên cứu sâu hơn để làm rõ vấn đề này, trong đó rất có thể phải quy định cụ thể và đồng nhất về thời điểm lấy máu.

Nồng độ CRP trong máu phản ánh mức độ của tình trạng viêm nhiễm. Với đặc tính tăng và giảm rất nhanh theo diễn biến của bệnh nên CRP thường có ý nghĩa trong việc theo dõi tiến triển của bệnh hơn là chẩn đoán bệnh. Tuy CRP không đủ tính đặc hiệu để chẩn đoán một bệnh lý nào đó nhưng nó vẫn đóng vai trò là một chỉ điểm tổng quát cho viêm nhiễm. Và trong 106 bệnh nhân được xét nghiệm CRP, có 38,68% số bệnh nhân cho kết quả CRP dương tính. Đây cũng là một trong những căn cứ đáng quý giúp các bác sĩ đánh giá tình trạng bệnh nhân, qua đó đưa ra cách xử trí thích hợp.

Thành phần điện giải đồ cho kết quả bất thường rất lớn, trong đó chủ yếu là sự giảm nồng độ natri và clo. Tuy nhiên khi nhìn vào giá trị cao nhất và thấp nhất có thể thấy sự tăng hoặc giảm này không phải quá cao hoặc quá thấp nên vẫn có thể coi là chấp nhận được. Việc

thay đổi thành phần điện giải liên quan nhiều đến triệu chứng sốt của trẻ hơn là tác động của virus gây bệnh và có thể cải thiện bằng việc cho trẻ uống Oresol.

Đối với chẩn đoán hình ảnh, có 159 bệnh nhân được chụp X - quang tim phổi thẳng trong đó tổn thương thường gặp nhất trên hình ảnh X - quang là viêm phế quản (20/24 ca) chiếm 83,33%, số còn lại là tổn thương viêm phổi. Đây là hiện tượng tay chân miệng bội nhiễm viêm đường hô hấp dưới do hệ miễn dịch của trẻ bị suy yếu khi mắc tay chân miệng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh tay chân miệng chủ yếu gặp ở trẻ em và tập trung phần lớn ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt nhóm trẻ dưới 3 tuổi. Trẻ nam có tỉ lệ mắc tay chân miệng cao hơn trẻ nữ.

Phân bố các ca bệnh tay chân miệng được chẩn đoán lâm sàng ở phân độ 1, 2a và 2b khi nhập viện, trong đó chủ yếu là phân độ 1 và 2a.

Về mặt lâm sàng, các triệu chứng thường gặp bao gồm sốt (90,61%), nổi ban (94,47%), loét miệng (70,17%). Một số biểu hiện nặng cũng được ghi nhận nhưng chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (rối loạn hô hấp, tim mạch - 3,31%; bứt rứt - 4,97%; co giật - 1,66%).

Về mặt cận lâm sàng, các đặc điểm nổi bật là tình trạng tăng bạch cầu và tiểu cầu, giảm glucose máu và kết quả CPR dương tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay – chân – miệng*. Quyết định số 2554/QĐ - BYT ngày 19 tháng 7 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
12. Trương Hữu Khanh và cộng sự. Viêm não cấp ở trẻ em nhận dạng tác nhân EV71. *Tạp chí Y học thực hành*, 2003, 462, 210 – 214.
3. WHO Western Pacific Region Hand, Foot and Mouth Disease Situation Update, 15 January 2014. <http://www.wpro.who.int/emerging_

diseases/hfmd_biweekly_29dec2014.pdf>.

4. WHO Western Pacific Region Hand, *Foot and Mouth Disease Situation Update*, 13 January 2015. <http://www.wpro.who.int/entity/emerging_diseases/hfmdbiweekly_13jan2015.pdf>.

5. WHO Western Pacific Region Hand, *Foot and Mouth Disease Situation Update*, 13 January 2016. <http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/hfmd_biweekly_20160113.pdf?ua=1>.

6. UBND Tỉnh Hà Nam. Khung kế hoạch truyền thông thay đổi hành vi trong phòng chống các bệnh truyền nhiễm mới nổi ở người và động vật tại tỉnh Hà Nam, giai đoạn 2011 - 2015, 1717/QĐ - UBND. *Báo cáo UBND Tỉnh Hà Nam*, 2011.

7. Lê Thị Ngọc Anh, Nguyễn Thị Thanh Xuân, Đặng Hồng Hải và cộng sự. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch bệnh sốt xuất huyết và chân - tay miệng tại Hà Nội giai đoạn 2009 - 2011. *Tạp chí Y học thực hành*, 2013, 859 (2), 41 – 46.

8. Trần Ngọc Hữu. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh tay chân miệng ở 20 tỉnh thành phía Nam Việt Nam giai đoạn 2005 - 2011. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2012, 16 (3), 19 – 25.

9. European Centre for Disease Prevention and Control, Outbreak of enterovirus A71 with

severe neurological symptoms among children in Catalonia, Spain 14 June 2016, ECDC, *Stockholm*, 2016.

10. Weiwei Zhang, Bo Huang, Chaokun She et al. An epidemic analysis of hand, foot, and mouth disease in Zunyi, China between 2012 and 2014. *Saudi Med J*, 2015, 36(5), 593–598.

11. Lê Thị Song Hương. Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại Hải Phòng, 2011 - 2012. *Tạp chí Y học dự phòng*, 2013, 2 (138), 17 – 22.

12. Nguyễn Kim Thư, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên virus gây bệnh Tay Chân Miệng tại Việt Nam, *Luận án Tiến sĩ Đại học Y Hà Nội* 2016.

13. Bùi Thị Thu Thủy và Phạm Quốc Thắng. Đặc điểm dịch tễ - lâm sàng - cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh tay chân miệng tại khoa Hồi sức Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai 01/2012 - 12/2013. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2014, 18 (1), 346 – 352.

14. Baoyan Liu, Lin Luo, Shiyang Yan et al (2015). Clinical Features for Mild Hand, Foot and Mouth Disease in China. *PLoS One*, 2015, 10(8).

15. Shah VA, Chong CY, Chan KP et al. Clinical characteristics of an outbreak of hand, foot and mouth disease in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*, 2003, 32(3), 381–387.

Summary

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF HAND FOOT AND MOUTH DISEASE IN HA NAM PROVINCE, 2017-2018

In Vietnam, HFMD has spread in all 63 provinces. In Ha Nam, there has been an increasing trend of HFMD in recent years which peaked in 2011. This cross-sectional study was conducted to describe the characteristics of HFMD cases in Ha Nam General Hospital from 2017 to 2018. The results showed that HFMD is mainly found in children under 5 years old, especially among children under 3 years old (accounting for 87.2%). The prevalence of HFMD was higher among male than female, 62.72% and 37.28% respectively. There were three main grading for HFMD found in our patients: grade 1 (48.6%), grade 2a (43.7%) and grade 2b (7.7%). Typical clinical

manifestations of HFDM in our study included fever (90.61%), skin eruptions on hands and feet (94.47%), and vesicles in mouth (70.17%). Typical laboratory findings include leukocytosis and platelets (56.4%), decreased blood glucose (39.6%) and positive CRP results (38.7%).

Keywords: hand foot mouth disease, characteristics