

DOI: 10.58490/ctump.2025i86.3369

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
BỆNH TAY CHÂN MIỆNG NHẬP KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC -
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ**

*Phạm Minh Chuyên, Ngô Chí Quang, Nguyễn Ngọc Lam Vi,
Đinh Hoàng Kha, Hoàng Thị Lộc, Nguyễn Thị Thanh Nhân**

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: nntnhan@ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 16/02/2025

Ngày phản biện: 13/4/2025

Ngày duyệt đăng: 25/4/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh Tay chân miệng có thể diễn tiến nhanh và gây biến chứng nặng, đặc biệt ở trẻ nhỏ. Việc nhận diện đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhi nhập khoa Hồi sức tích cực có ý nghĩa quan trọng trong việc chẩn đoán sớm và cải thiện tiên lượng.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trẻ mắc Tay chân miệng nhập khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 45 trường hợp mắc Tay chân miệng nhập khoa Hồi sức tích cực.

Kết quả: Triệu chứng khi điều trị tại khoa Hồi sức tích cực nhiều nhất lần lượt gồm thở nhanh chiếm 64,4%, tăng huyết áp chiếm 66,7%, mạch nhanh >150 lần/phút chiếm 51,2%, trẻ có đường huyết >8,9 mmol/L là 2,2%, test nhanh Enterovirus 71 IgM/IgG dương tính chiếm 40%, trẻ có nồng độ Hemoglobin giảm chiếm 40%, trẻ có số lượng bạch cầu tăng >16.000 TB/mm³ chiếm 24,4%, trẻ có số lượng tiểu cầu tăng >400.000 TB/mm³ chiếm 31,1%, trung vị số ngày điều trị tại khoa Hồi sức tích cực là 4 (4-5) ngày, không có trẻ nào tử vong. **Kết luận:** Các triệu chứng thường gặp của trẻ gồm thở nhanh, mạch nhanh > 150 lần/phút, tăng huyết áp, sốt ≥39°C, sốt ≥3 ngày. Cận lâm sàng test nhanh Enterovirus 71 IgM/IgG dương tính chiếm hơn một nửa, tỷ lệ trẻ có nồng độ hemoglobin trong máu giảm chiếm gần một nửa. Tất cả trẻ đều hồi phục và xuất viện, trung vị số ngày điều trị tại khoa Hồi sức tích cực là 4 (4-5) ngày.

Từ khóa: Tay chân miệng nặng, hồi sức tích cực, biến chứng nặng.

ABSTRACT

**CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS, TREATMENT
OUTCOMES OF CHILDREN WITH HAND, FOOT, AND MOUTH
DISEASE ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT
IN CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL**

*Phạm Minh Chuyên, Ngô Chí Quang, Nguyễn Ngọc Lam Vi,
Đinh Hoàng Kha, Hoàng Thị Lộc, Nguyễn Thị Thanh Nhân**

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Hand, foot, and mouth disease (HFMD) can progress rapidly and cause severe complications, especially in children. Identifying clinical and subclinical characteristics and evaluating treatment outcomes in pediatric patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) is crucial for early diagnosis and improving prognosis. **Objectives:** To describe the clinical, paraclinical, and treatment outcomes of children with HFMD admitted to the ICU at Can Tho Children's Hospital. **Materials and methods:** A case series descriptive study on 45 cases of HFMD admitted to ICU. **Results:** The most frequent symptoms during ICU were tachypnea accounting for

64,4%, hypertension at 66.7%, tachycardia >150 beats/minute at 51.2%; the proportion of children with hyperglycemia >8.9 mmol/L was 2.2%, EV-71 IgM/IgG rapid test was positive in 40% of cases, 40% of children had reduced hemoglobin levels, 24,4% had leukocytosis with a white blood cell count >16.000 cells/mm³, 31.1% had thrombocytosis with a platelet count >400.000 cells/mm³; the median number of treatment days in the Intensive Care Unit was 4 (4-5) days, with no recorded mortality. **Conclusion:** Common clinical symptoms of children included tachypnea, tachycardia >150 beats/minute, hypertension, fever $\geq 39^{\circ}\text{C}$, and fever lasting ≥ 3 days. Paraclinical showed that more than half of the rapid Enterovirus 71 IgM/IgG tests were positive, and almost half of the children had reduced hemoglobin levels. All children recovered and were discharged, the median number of treatment days in the ICU was 4 (4-5) days.

Keywords: Severe hand foot mouth disease, intensive care, severe complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính lây từ người sang người qua đường tiêu hóa, dễ bùng phát thành dịch. Nguyên nhân chính là do virus đường ruột, đặc biệt là Human Enterovirus 71 (EV-71) và Coxsackievirus A16 (CVA16). Bệnh có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng. Biến chứng này thường tiến triển nhanh kèm nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời [1]. Tại Việt Nam, từ đầu năm 2023 đến tháng 09/2023 cả nước có hơn 80.700 ca mắc TCM trong đó có hơn 21 trường hợp tử vong [2]. Một nghiên cứu về chi phí điều trị của bệnh TCM tại khu vực miền Nam Việt Nam năm 2019 cho thấy chi phí điều trị của một ca bệnh khoảng 400 đô la Mỹ [3]. Nghiên cứu của Trần Trung Hậu (2024) tại Cần Thơ, cho thấy trẻ mắc bệnh thuộc nhóm tuổi từ 12-36 tháng chiếm tỷ lệ 70%, và tỷ lệ trẻ nam bị mắc TCM là 55% cao hơn trẻ nữ với 45% [4].

Với biến chứng nặng và chi phí điều trị tốn kém. Từ cơ sở trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh TCM trên nhóm trẻ mắc TCM nặng điều trị tại khoa hồi sức tích cực (HSTC) với 2 mục tiêu, gồm: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ mắc TCM nhập khoa HSTC; 2) Mô tả kết quả điều trị của trẻ mắc TCM nhập khoa HSTC. Nhằm giúp nhận diện các dấu hiệu nặng của bệnh và điều trị kịp thời giúp giảm tỷ lệ tử vong và chi phí điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ nhỏ hơn 16 tuổi được chẩn đoán mắc TCM điều trị tại khoa HSTC Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ trong thời gian từ tháng 06/2023 đến 06/2024

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trẻ được chẩn đoán ca lâm sàng mắc TCM dựa vào các cơ sở chẩn đoán theo hướng dẫn của Bộ Y tế ngày 30/03/2012 [5]. Trẻ được phân độ 2b trở lên và được điều trị tại khoa HSTC.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ có bệnh lý rối loạn nhịp tim, viêm phổi, viêm tiểu phế quản, hen, nhiễm trùng huyết, trẻ mắc TCM có kèm các bệnh nền tim bẩm sinh, tăng huyết áp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca.

- **Cỡ mẫu:** Lấy trọn mẫu. Thực tế chúng tôi thu thập được 45 mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh TCM nhập khoa HSTC.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Dựa trên bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn) nếu phân phối chuẩn và trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu không phân phối chuẩn. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (tỷ lệ phần trăm). So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ dựa vào Fisher's Exact Test và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- **Kiểm soát sai lệch:** Các triệu chứng lâm sàng sẽ được thống nhất giữa nghiên cứu viên và bác sĩ lâm sàng.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ theo quá trình xét duyệt của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ với số phiếu chấp thuận 23.048.SV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ 06/2023 đến 06/2024 nhóm nghiên cứu thu thập được 45 ca bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm về nhóm tuổi, giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=45)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<12 tháng	1	2,2
	12-24 tháng	17	37,8
	>24-36 tháng	15	33,3
	>36 tháng	12	26,7
Giới tính	Nam	27	60
	Nữ	18	40

Nhận xét: Đa số các trẻ chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi 12-24 tháng và >24-36 tháng với tỷ lệ lần lượt là 37,8% và 33,3%. Tỷ lệ phân bố giới tính nam 60% và nữ 40%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng ghi nhận lúc nặng nhất khi điều trị tại khoa HSTC (n=45)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Phân độ TCM	Độ 2b nhóm 1 và 2	5	11,1
	Độ 3	40	89,9
Triệu chứng toàn thân	Sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$	33	73,3
	Sốt ≥ 3 ngày	27	60
Triệu chứng da niêm	Hồng ban	42	93,3
	Loét miệng	41	91,1
Triệu chứng hô hấp	Thở nhanh	29	64,4
	$\text{SpO}_2 < 92\%$	1	2,2
	Cơn ngưng thở	22	48,9
	Ngưng thở	2	4,4
Triệu chứng tim mạch	Mạch >130 lần/phút	20	44,4
	Mạch >150 lần/phút	23	51,2
	Mạch >170 lần/phút	2	4,4
	Tăng huyết áp	30	66,7
Triệu chứng thần kinh	Thất điều	6	13,3
	Giật mình	28	62,2
	Yếu chi	17	37,8
	Lác mắt	0	0
	Nói ngọng, nuốt sặc	0	0
	Rối loạn tri giác	14	31,1

Nhận xét: Triệu chứng sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ chiếm 73,3%; triệu chứng hồng ban 93,3%; nhóm triệu chứng tim mạch gồm tăng huyết áp chiếm 66,7%; nhóm triệu chứng hô hấp ghi nhận thở nhanh chiếm nhiều nhất với 64,4%; giật mình là triệu chứng ghi nhận nhiều nhất trong nhóm triệu chứng thần kinh chiếm 62,2%; không xuất hiện trẻ có lác mắt, nuốt sặc, nói ngọng.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng khi điều trị tại khoa HSTC (n=45)

Đặc điểm			Tần số	Tỷ lệ (%)
Cận lâm sàng huyết học	Hemoglobin	Giảm	18	40
		Bình thường	27	60
	Số lượng bạch cầu	Tăng $>16.000\text{ TB/mm}^3$	11	24,4
		$\leq 16.000\text{ TB/mm}^3$	34	75,6
	Số lượng tiểu cầu	Tăng $>400.000\text{ TB/mm}^3$	14	31,1
		$\leq 400.000\text{ TB/mm}^3$	31	68,9
Cận lâm sàng sinh hóa	Đường huyết	$>8,9\text{ mmol/L}$	1	2,2
		$\leq 8,9\text{ mmol/L}$	44	97,8
	CRP	$>10\text{ mg/L}$	19	42,2
		$\leq 10\text{mg/L}$	26	57,8
Cận lâm sàng virus học	Test nhanh Enterovirus 71 (EV-71) IgM/IgG.	Dương tính	18	40
		Âm tính	27	60

Nhận xét: Trẻ có nồng độ hemoglobin bình thường 60%, trẻ có số lượng bạch cầu tăng $>16.000\text{ TB/mm}^3$ chiếm 24,4%, trẻ có số lượng tiểu cầu tăng $>400.000\text{ TB/mm}^3$ chiếm 31,1%; tỷ lệ trẻ có đường huyết $\leq 8,9\text{ mmol/L}$ chiếm đa số 97,8%, tỷ lệ trẻ có CRP $\leq 10\text{ mg/L}$ chiếm hơn một nửa gồm 57,8%; tỷ lệ test nhanh Enterovirus 71 (EV-71) IgM/IgG dương tính chiếm 40%.

Bảng 4. Yếu tố liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng và mức độ nặng (n=45)

Yếu tố liên quan	TCM độ 3 và 4 n (%)	TCM độ 2b nhóm 1 và 2 n (%)	OR 95% CI	p*
Hemoglobin				
Giảm	18 (100)	0 (0)	-	0,073
Bình thường	22 (81,5)	5 (18,5)		
Số lượng bạch cầu				
Tăng>16.000 TB/mm ³	10 (90,9)	1 (9,1)	1,33 (0,13- 13,36)	1
≤16.000 TB/mm ³	30 (88,2)	4 (11,8)		
Số lượng tiểu cầu				
Tăng>400.000 TB/mm ³	13 (92,9)	1 (7,1)	1,926 (0,195-19)	1
≤400.000 TB/mm ³	27 (87,1)	4 (12,9)		
Đường huyết				
Tăng>8,9 mmol/L	1 (100)	0 (0)	-	1
≤8,9 mmol/L	39 (88,6)	5 (11,4)		
CRP				
Tăng >10mg/L	16 (84,2)	3 (15,8)	0,444 (0,07-2,97)	0,636
≤10mg/L	24 (92,3)	2 (7,7)		
Test nhanh Enterovirus 71 (EV-71) IgM/IgG				
Dương tính	15 (83,3)	3 (16,7)	0,4 (0,06-2,68)	0,375
Âm tính	25 (92,6)	2 (7,4)		

*Fisher's exact test

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa các cận lâm sàng định lượng hemoglobin, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu, CRP, đường huyết và Test nhanh Enterovirus 71 (EV-71) IgM/IgG với mức độ biến chứng thần kinh thực vật, suy hô hấp-tuần hoàn ($p>0,05$).

3.3. Kết quả và đặc điểm điều trị

Bảng 5. Đặc điểm điều trị bệnh TCM

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Phương pháp cung cấp oxy	Không xâm lấn	27	60
	Đặt nội khí quản	18	40
Phenobarbital TTM	Có	22	48,9
	Không	23	51,1
Immunoglobulin TTM	Có	43	95,6
	Không	2	4,4

Nhận xét: tỷ lệ trẻ cần đặt nội khí quản chiếm 40%, phenobarbital tĩnh mạch chiếm 48,9%. Qua quá trình điều trị tại khoa HSTC, chúng tôi không ghi nhận trẻ tử vong trong nghiên cứu. Tất cả trẻ trong nghiên cứu đều hồi phục và không có trẻ phải chuyển viện. Trung vị số ngày điều trị tại khoa HSTC là 4 (4-5) ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong tổng mẫu nghiên cứu thì tỷ lệ mắc TCM ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỷ số giới tính nam:nữ là 1,5:1. Hầu hết trẻ thuộc nhóm tuổi 12-24 tháng và >24-36 tháng với tỷ lệ lần lượt là 37,8% và 33,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu trước đó của tác giả Đỗ Quang Thành (2020) có tỷ lệ nam/nữ là 1,57 và nhóm tuổi từ 12-24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (39,3%) [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khi điều trị tại khoa HSTC

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng nổi bật thường gặp nhất là tăng huyết áp chiếm 66,7%; mạch nhanh >150 lần/phút chiếm 51,2%; thở nhanh chiếm 64,4%; sốt ≥ 3 ngày, sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ lần lượt chiếm 60% và 73,3% cũng phản ánh tình trạng rối loạn trung tâm điều hòa thân nhiệt do virus tấn công; các triệu chứng thần kinh phổ biến được ghi nhận là giật mình và yếu chi lần lượt chiếm 62,2% và 37,8% gợi ý biến chứng viêm não. Trẻ có thể tử vong vì những biến chứng này. Vì vậy cần theo dõi sát sao các triệu chứng này để can thiệp kịp thời hạn chế xảy ra biến chứng, giảm nguy cơ tử vong ở trẻ.

Kết quả của chúng tôi cho thấy có 40% trẻ có nồng độ hemoglobin giảm. Kết quả này khá tương đồng với một nghiên cứu tại Thái Lan, có 56,9% trẻ có nồng độ hemoglobin giảm [7]. Tại Việt Nam, trong một nghiên cứu trên trẻ mắc TCM, tỷ lệ trẻ có nồng độ hemoglobin giảm chiếm 34,5% [8]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Tâm cho thấy tỷ lệ giảm hemoglobin chiếm 19,1% [9]. Bản chất bệnh TCM không làm giảm hemoglobin, tuy nhiên khi so sánh nghiên cứu thực hiện tại khoa HSTC của chúng tôi với các nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ mắc TCM có giảm hemoglobin khá tương đồng nhau, có lẽ việc giảm hemoglobin làm giảm khả năng chống lại sự nhiễm virus. Vì vậy cần những nghiên cứu trong tương lai để làm rõ mối liên quan giữa thiếu máu và TCM nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ có 24% trẻ TCM có số lượng bạch cầu (SLBC) $>16.000 \text{ TB/mm}^3$. Nghiên cứu của Đỗ Quang Thành ghi nhận trong 280 trẻ tham gia nghiên cứu, có 11,4% trẻ có SLBC $>16.000 \text{ TB/mm}^3$ và tỷ lệ này là bằng nhau giữa nhóm bệnh nặng và nhẹ [6].

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ mắc TCM có số lượng tiểu cầu (SLTC) ≥ 400.000 TB/mm³ chiếm 31,1%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Trung Hậu (2024), tỷ lệ trẻ TCM có SLTC ≥ 400.000 TB/mm³ chiếm 30% [4]. Nghiên cứu của Đỗ Quang Thành biểu hiện SLTC ≥ 400.000 TB/mm³ xuất hiện ở 8,2% các trẻ tham gia nghiên cứu [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2,2% trẻ có đường huyết $>8,9$ mmol/L. Nghiên cứu của Đỗ Quang Thành ghi nhận 12,1% trẻ có biểu hiện đường huyết $>8,9$ mmol/L [6]. Trong 45 trẻ mắc TCM được đưa vào nghiên cứu của chúng tôi, có 19 trẻ có mức CRP máu >10 mg/L. Trong nghiên cứu của Đỗ Quang Thành ghi nhận kết quả có 3,6% trẻ có CRP ≥ 10 mg/L [6]. Mức CRP cao thường liên quan đến tình trạng viêm trong cơ thể. Vì vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng một tỷ lệ đáng kể trẻ em mắc TCM có mức độ viêm cao hơn so với các nghiên cứu trước đây đã báo cáo. Chúng tôi chọn test nhanh Enterovirus 71 (EV-71) IgM/IgG là cận lâm sàng nhằm sàng lọc chẩn đoán nhóm tác nhân là EV-71 với các tác nhân khác. Tỷ lệ trẻ có kết quả test nhanh Enterovirus 71 (EV-71) IgM/IgG dương tính là 40%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Trung Hậu, tỷ lệ dương tính là 36,5% [4]. Khi so sánh với kết quả của Đỗ Quang Thành cho thấy rằng chủng virus gây bệnh chính yếu là EV-71 chiếm 85%, và chủng virus đường ruột khác chiếm 15% [6]. Sự khác biệt có thể lý giải về sự đa dạng trong phân bố EV-71 trong các vụ dịch, nghiên cứu của chúng tôi báo cáo tại một địa điểm nhất định nên không đại diện cho các chủng virus tại Việt Nam.

Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa các cận lâm sàng định lượng hemoglobin, SLBC, SLTC, CRP, đường huyết và Test nhanh Enterovirus 71 (EV-71) IgM/IgG với mức độ biến chứng thần kinh thực vật, suy hô hấp-tuần hoàn ($p>0,05$).

Khi so sánh với các tài liệu khác gần đây như Vi Ngọc Linh, Tạ Văn Trầm, đều có thấy có sự tăng SLBC tuy nhiên không có mối liên quan đến mức độ nặng của bệnh TCM [10], [11]. Khác với chúng tôi, Đỗ Quang Thành kiểm định mối liên quan ghi nhận mức độ nặng bệnh TCM có mối liên quan với tăng SLTC trên 400.000 TB/mm³ trong máu, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ và OR=1,01 [6]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi sự khác nhau về cỡ mẫu, thiết kế nghiên cứu và tiêu chí phân nhóm bệnh-chứng khi phân tích SLTC giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Đỗ Quang Thành. Từ kết quả phân tích trên cho thấy SLTC cần được tiếp tục xem xét vai trò trong tiên lượng bệnh TCM nặng. Tác giả Đỗ Quang Thành cũng không ghi nhận mối liên quan giữa tăng CRP ≥ 10 mg/L có liên quan đến mức độ nặng bệnh TCM [6]. Nghiên cứu của Đỗ Quang Thành cũng phát hiện vai trò quan trọng của chủng EV-71 trong tiên lượng bệnh nặng. Bệnh nhi nhiễm virus EV-71 có OR=5,29 lần (KTC 95% 2,3-11,9) so với trẻ nhiễm loại Enterovirus khác với $p<0,05$ [6].

4.3. Kết quả điều trị tại khoa HSTC

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian điều trị tại khoa HSTC trung vị của trẻ mắc TCM nặng và điều trị tại khoa HSTC là 4 (4-5) ngày. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Việt Quân (2020) với số ngày điều trị tại khoa HSTC trung bình là $4,03 \pm 1,25$ ngày [8]. Tỷ lệ trẻ tử vong chiếm tỷ lệ 0%, kết quả ghi nhận trong nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Việt Quân (2020) cũng ghi nhận 100% trẻ dương tính với tác nhân EV-71 khỏi bệnh và xuất viện [8]. Việc đặt nội khí quản ở gần một nửa số bệnh nhân cho thấy mức độ nghiêm trọng của bệnh, đặc biệt là các biến chứng hô hấp. Điều này cũng cho thấy tầm quan trọng của việc theo dõi sát tình trạng biến chứng hô hấp ở trẻ mắc bệnh TCM nặng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu góp phần làm rõ các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp ở trẻ mắc bệnh TCM, đặc biệt trong các trường hợp diễn tiến nặng. Việc nhận diện sớm các biểu hiện nghi ngờ và theo dõi sát tình trạng của trẻ có vai trò quan trọng trong phát hiện và xử trí kịp thời. Đồng thời, nghiên cứu cũng đặt ra nhu cầu cần tiếp tục đánh giá sâu hơn vai trò của một số chỉ số cận lâm sàng trong việc hỗ trợ chẩn đoán và tiên lượng bệnh, nhằm nâng cao hiệu quả trong công tác điều trị và chăm sóc trẻ mắc TCM nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Tay chân miệng ban hành kèm theo Quyết định số 292/QĐ-BYT ngày 06 tháng 02 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội. 2024.
 2. Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế. Hơn 80.700 ca mắc, 21 ca tử vong do Tay chân miệng, dấu hiệu bệnh chuyển nặng cần biết. 2023. https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHb1a8vOQDuS/content/hon-80-700-ca-mac-21-ca-tu-vong-do-tay-chan-mieng-dau-hieu-benh-chuyen-nang-can-biet.
 3. Nhan Le Nguyen Thanh, Turner Hugo C, Khanh Truong Huu, Hung Nguyen Thanh, Lien Bich Le et al , Economic Burden Attributed to Children Presenting to Hospitals With Hand, Foot, and Mouth Disease in Vietnam. *Open Forum Infectious Diseases*. 2019. 6(7), <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz284>.
 4. Nguyễn Minh Phương, Võ Văn Thi, Trần Trung Hậu, Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của Bệnh Tay chân miệng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023-2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 539(1B), <https://doi.org/10.51298/vmj.v539i1B.9937>.
 5. Bộ Y Tế, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Tay-Chân-Miệng ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 03 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội. 2012.
 6. Đỗ Quang Thành. Các yếu tố liên quan đến bệnh Tay chân miệng nặng ở trẻ em, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2020.
 7. Chaiwut Benjawan, Anuwatnonthakate Amornrat, Apidechkul Tawatchai, Factors associated with hand, foot and mouth disease among children in Chiang Rai Province, northern Thailand: a hospital-based study, *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 2019. 50(2), 357-371, <https://doi.org/10.12980/apjtd.7.2017D7-8>.
 8. Trần Việt Quân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Bệnh Tay chân miệng ở trẻ em do Enterovirus 71 tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019-2020, Đại học Y dược Cần Thơ. 2020.
 9. Nguyễn Thị Thu Tâm, Hoàng Thị Thanh, Đặc điểm và kết quả chăm sóc, điều trị bệnh nhi Tay chân miệng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Khoa học điều dưỡng*. 2021. 4(3), <https://doi.org/10.54436/jns.2021.3.343>.
 10. Vi Ngọc Linh, Khổng Thị Ngọc Mai, Đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh tay chân miệng ở trẻ em tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên. *TNU Journal of Science and Technology*. 2020. 225(11), 143-148.
 11. Tạ Văn Trâm, Đỗ Quang Thành, Võ Thị Kim Anh, Một số yếu tố liên quan đến bệnh tay chân miệng nặng ở bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang và Bệnh viện Nhi Đồng 1. *Tạp chí Y học cộng đồng*. 2020. 55, 16, <https://doi.org/10.52163/yhc.v2020i55>.
-