

DOI: 10.58490/ctump.2025i85.3531

**NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIỀN LƯỢNG NẶNG
BỆNH TAY CHÂN MIỆNG Ở TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI
TẠI BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA SẢN NHI TỈNH SÓC TRĂNG
NĂM 2024-2025**

**Lâm Thị Ngọc Xuân^{1,2*}, Nguyễn Minh Phương¹, Chung Tấn Định²,
Lý Quốc Trung², Huỳnh Chí Bình², Bùi Quang Nghĩa¹**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng

*Email: bvlxuan2422@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/02/2025

Ngày phản biện: 19/3/2025

Ngày duyệt đăng: 25/3/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh tay chân miệng là một trong những bệnh truyền nhiễm cấp tính, bệnh có thể diễn biến nặng và gây ra những biến chứng nguy hiểm có thể dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố tiên lượng nặng trên trẻ bệnh tay chân miệng ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 173 bệnh nhân nhập viện điều trị bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. **Kết quả:** Các triệu chứng phổ biến gồm đau miệng (87,3%), quấy khóc (86,7%), loét miệng (83,8%), các triệu chứng nặng như thở nhanh (12,1%), thở bất thường (6,9%), co giật (11,6%) và rối loạn tri giác (0,6%). Chỉ số cận lâm sàng bình thường: bạch cầu (83,2%), tiểu cầu (90,8%) và đường huyết mao mạch (97,1%). Tỷ lệ bệnh tay chân miệng nặng là 6,4%. Một số yếu tố liên quan: trẻ xuất hiện triệu chứng tím tái, nôn ói, bạch cầu tăng và dương tính với EV 71. **Kết luận:** Cần quan tâm đến những trẻ có dấu hiệu lâm sàng về nôn ói, tím tái và trẻ có tăng số lượng bạch cầu. Đây là những dấu hiệu dự đoán trẻ có nguy cơ tiến triển nặng. Trẻ có xét nghiệm dương tính với chủng EV71 thường có tiến triển nặng hơn so với các chủng khác. Do đó, cần thực hiện các xét nghiệm phát hiện vi-rút nếu có điều kiện và cần thiết.

Từ khóa: Bệnh tay chân miệng, tiên lượng nặng bệnh tay chân miệng, một số yếu tố liên quan.

ABSTRACT

**RESEARCH ON FACTORS RELATED TO SEVERITY IN CHILDREN
FROM 2 MONTHS TO 5 YEARS OLD AT SOC TRANG PROVINCE'S
OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL IN 2024-2025**

**Lam Thi Ngoc Xuan^{1,2*}, Nguyen Minh Phuong¹, Chung Tan Dinh²,
Ly Quoc Trung², Huynh Chi Binh², Bui Quang Nghia¹**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Soc Trang Province's Obstetrics and Pediatric Hospital

Background: Hand, foot and mouth disease is one of the acute infectious diseases. The disease can progress severely and cause dangerous complications that can lead to death if not detected early and treated promptly. **Objective:** To describe clinical and paraclinical characteristics and to determine some severe prognostic factors in children with hand, foot and mouth disease in children from 2 months to 5 years old at Soc Trang Province's Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2024-2025. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 173 patients hospitalized for treatment

of hand and foot diseases at Soc Trang Province's Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Common symptoms included mouth pain (87.3%), crying (86.7%), mouth ulcers (83.8%), Severe symptoms such as rapid breathing (12.1%), abnormal breathing (6.9%), seizures (11.6%) and mental disorders (0.6%). 16.8% had leukocytosis, 31.2% had increased CRP The rate of severe hand, foot and mouth disease is 6.4%. Some related factors: children showed symptoms of cyanosis, vomiting, increased white blood cell and are positive for EV 71. **Conclusion:** Attention should be paid to children with clinical signs of vomiting, cyanosis and increased white blood cell count. These are warning signs that the child is at risk of severe progression. Children who test positive for the EV71 strain often have more severe progression than those with other strains. Therefore, it is necessary to perform tests to detect the virus if possible and necessary.

Keyword: Hand foot mouth disease, severe prognosis of hand foot mouth disease, some related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một trong những bệnh truyền nhiễm cấp tính, xuất hiện ở Việt Nam trong hơn một thập niên trở lại đây [1]. Chủ yếu trẻ dưới 5 tuổi và đặc biệt trẻ dưới 3 tuổi có tính cảm nhiễm cao đối với bệnh. Dấu hiệu đặc trưng của bệnh là sốt, tổn thương niêm mạc miệng và da dưới dạng phỏng nước thường thấy ở lòng bàn tay, bàn chân, đầu gối, mông. Hầu hết các trường hợp bệnh đều diễn biến nhẹ, tự khỏi trong vòng 7 ngày. Tuy nhiên, bệnh có thể diễn biến nặng và gây ra những biến chứng nguy hiểm, các biến chứng này dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và điều trị [2]. Bệnh hiện đang là vấn đề sức khỏe cả nước trong đó có Sóc Trăng. Vấn đề phát hiện sớm yếu tố liên quan đến tiên lượng nặng, để điều trị bệnh kịp thời phù hợp giảm nguy cơ tử vong cho bệnh nhân. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến tiên lượng nặng bệnh tay chân miệng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025, là hết sức cần thiết với những mục tiêu sau đây:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh tay chân miệng ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến tiên lượng nặng bệnh tay chân miệng ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Trẻ và người chăm sóc chính cho trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán mắc bệnh TCM tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Trẻ và người chăm sóc chính cho trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán mắc bệnh TCM tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán: lâm sàng, dịch tễ, xét nghiệm của Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh TCM của Bộ Y tế năm 2024 [[1]

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người chăm sóc đồng ý tham gia nhưng không thể trả lời đầy đủ câu hỏi nghiên cứu. Bệnh nhi được chẩn đoán bệnh TCM có kèm theo bệnh lý khác như suy giảm miễn dịch mắc phải, suy gan, suy thận, hội chứng thận hư....

- **Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu theo một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý cho nghiên cứu

α : Xác suất sai lầm loại 1 (chọn $\alpha=0,05$)

Z: Trị số từ phân phối chuẩn (với $\alpha=0,05$ thì $Z=1,96$)

d: Sai số cho phép, chọn $d=0,04$.

p là tỷ lệ mắc bệnh TCM nặng. Theo nghiên cứu Chu Thị Hà và cộng sự năm 2023 tỷ lệ mắc bệnh TCM mức độ 2b trở lên là 6,3% [2]. Cho $p = 0,06$. Áp dụng vào công thức trên, ta có $n = 136$ trẻ. Dự phòng tỷ lệ hao hụt mẫu là 10%, ta có cỡ mẫu cần có cho nghiên cứu này là 150 trẻ. Cỡ mẫu thực tế trong nghiên cứu là 173 trẻ.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Quan sát mô tả và phân tích

- **Phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán bệnh TCM điều trị nội trú tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng theo tiêu chuẩn chọn mẫu và người chăm sóc vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, số con trong gia đình, nơi cư trú

Đặc điểm lâm sàng: Đau miệng, nôn ói, tiêu chảy, sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$, thời gian sốt > 2 ngày, quấy khóc, loét miệng, thở nhanh, thở bất thường, co giật, tím tái, dấu hiệu màng não, liệt mềm cấp, rối loạn tri giác

Đặc điểm cận lâm sàng: số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu, đường huyết mao mạch, CRP, tác nhân gây bệnh. Số lượng bạch cầu: Nhận 2 giá trị: có và không. Có khi số lượng BC $> 16.000/\text{mm}^3$. Số lượng tiểu cầu: Biến nhị giá gồm các giá trị: Có và không. Có khi số lượng TC $> 400.000/\text{mm}^3$. Đường huyết mao mạch: Biến nhị giá gồm các giá trị: Có và không. Có khi chỉ số đường huyết $> 160 \text{ mg\%}$ ($> 8,9 \text{ mmol/L}$). CRP $> 10 \text{ mg/L}$: Nhận 2 giá trị. Có và không. Có khi có khi kết quả xét nghiệm CRP $> 10 \text{ mg/L}$.

Phân độ TCM nặng nhất: Nhẹ khi độ 1, độ 2a, nặng khi độ 2b, độ 3, độ 4

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Nghiên cứu thu thập số liệu bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn và lấy số liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án tương ứng của đối tượng nghiên cứu.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 26.0. So sánh 2 tỷ lệ bằng test Chi bình phương xác định p.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đánh giá đề cương và Hội đồng y đức của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 24.301.HV/PCT-HĐĐĐ và Giám đốc Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng trước khi thực hiện. Các đối tượng được giải thích cụ thể, rõ ràng mục đích, quy trình nghiên cứu, các thông tin riêng tư được đảm bảo bí mật và có quyền từ chối hoặc rút lui ở bất kỳ giai đoạn nào của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 2 năm 2025, chúng tôi thu thập 173 trường hợp thỏa tiêu chí ghi nhận được các kết quả sau:

3.1. Mô tả đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Giới tính		Nhóm tuổi			Nơi ở		Số con	
	Nam	Nữ	2-12 th	13-36 th	37 – 60 th	Thành thị	Nông thôn	1-2 con	>2 con
n	103	70	21	102	50	201	69	142	31
%	59,5	40,5	12,1	59	28,9	74,4	25,6	82,1	17,9

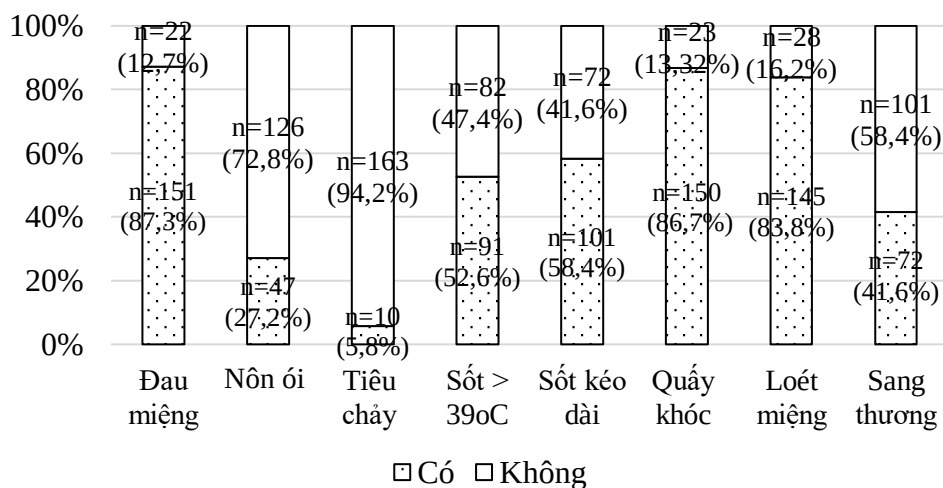
Nhận xét: Tỷ lệ nam (59,5%) cao hơn nữ (40,5%). Nhóm 13-36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (59,0%). Đa số trẻ thuộc gia đình có 1-2 con (82,1%) và sống ở nông thôn (67,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng xuất hiện từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện (tt)

Lâm sàng	Thở nhanh	Thở bất thường	Co giật	Tím tái	Dấu hiệu màng não	Liệt mềm cấp	Rối loạn tri giác
Tần số	21	12	20	4	0	0	1
Tỷ lệ (%)	12,1	6,9	11,6	2,3	0	0	0,6

Nhận xét: Hầu hết trẻ không gặp các triệu chứng nặng như thở nhanh (12,1%), thở bất thường (6,9%), co giật (11,6%) và rối loạn tri giác (0,6%), với tỷ lệ không có các triệu chứng này rất cao. Các dấu hiệu như tím tái và các dấu hiệu màng não, liệt mềm cấp không xuất hiện. Điều này cho thấy phần lớn trẻ không gặp các biến chứng nặng.



Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng xuất hiện từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện

Nhận xét: Các triệu chứng phổ biến gồm đau miệng (87,3%), quấy khóc (86,7%), loét miệng (83,8%), sốt cao >39°C (52,6%) và sốt kéo dài chiếm 58,4%. Triệu chứng ít gặp hơn là nôn ói (27,2%), sang thương (41,6%) và tiêu chảy (5,8%).

Bảng 3. Mức độ nặng bệnh TCM

Biến số (n=173)	Phân độ			Mức độ	
	Bệnh TCM độ 1	Bệnh TCM độ 2a	Bệnh TCM độ 2b	Nhẹ	Nặng
Tần số (n)	10	152	11	162	11
Tỷ lệ (%)	5,8	87,9	6,4	93,6	6,4

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh TCM nặng trong nghiên cứu là 6,4%.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng

Cận lâm sàng (tăng)	Bạch cầu	Tiểu cầu	Đường huyết mao mạch	CRP	EV 71 (+)
Tần số	29	16	5	54	156
Tỷ lệ (%)	16,8	9,2	2,9	31,2	90,2

Nhận xét: Đa số trẻ có các chỉ số cận lâm sàng bình thường: bạch cầu (83,2%), tiểu cầu (90,8%) và đường huyết mao mạch (97,1%). Tỷ lệ CRP tăng (31,2%), trong khi tỷ lệ trẻ dương tính với tác nhân gây bệnh chỉ là 9,2%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tiên lượng nặng bệnh tay chân miệng

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan tiên lượng nặng bệnh tay chân miệng

Nội dung	Bệnh TCM				OR (KTC 95%)	p
	Nhẹ		Nặng			
	n	%	n	%		
Tím tái						
Có	1	25,0	3	75,0	60,38 (3,99-318,5)	<0,001
Không	161	95,3	8	4,7		
Mạch >130 nhịp/phút						
Có	10	50,0	10	50,0	152 (17,28-663,2)	<0,001
Không	152	99,3	1	0,7		
Nôn ói nhiều						
Có	2	50,0	2	50,0	17,78 (1,11-25,54)	0,021
Không	160	94,7	9	5,3		
Số lượng bạch cầu						
Bình thường	138	95,8	6	4,2	4,792 1,354-16,952	0,021
Tăng	24	82,8	5	17,2		
Tác nhân gây bệnh						
EV 71 (+)	12	70,6	5	29,4	10,42 (2,12-49,9)	0,002
EV 71 (-)	150	96,2	6	3,8		
Tổng	162	93,6	11	6,4		

Nhận xét: Trẻ có triệu chứng tím tái có tỷ lệ tiên lượng nặng cao gấp 60,38 lần (KTC 95%: 3,99-318,5) so với trẻ không có triệu chứng tím tái, $p<0,001$. Trẻ có triệu chứng mạch nhanh có tỷ lệ tiên lượng nặng cao gấp 152 lần (KTC 95%: 17,28-663,2) so với trẻ không có mạch nhanh, $p<0,001$. Trẻ có triệu chứng nôn ói nhiều có tỷ lệ tiên lượng nặng cao gấp 17,78 lần (KTC 95%: 1,11-25,54) so với trẻ không có nôn ói nhiều, $p=0,021$. Trẻ có bạch cầu tăng có tỷ lệ tiên lượng nặng cao gấp 4,792 lần (KTC 95%: 1,354-16,952) so với trẻ có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường, $p=0,021$. Trẻ bệnh do EV71 có tỷ lệ tiên lượng nặng cao gấp 10,42 lần (KTC 95%: 2,12-49,9) so với trẻ bệnh không do EV 71, $p=0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung

Về giới tính, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc TCM nhóm nam giới (59,5%) cao hơn so với nhóm nữ giới (40,5%). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu như nghiên cứu của Chu Thị Hà và cộng sự năm 2023 có tỷ lệ nam bệnh nhi là 60,3% và tỷ lệ nữ bệnh nhi là 39,7% [2]. Về độ tuổi, kết quả ghi nhận trẻ từ 13-36 tháng tuổi chiếm tỷ lệ 59% cao hơn so với nhóm từ 2 đến 12 tháng tuổi (12,1%) và nhóm 37 tháng đến 60 tháng (28,9%). Một số nghiên cứu như của Chu Thị Hà và Cộng sự năm 2023 nhóm tuổi từ 12-36 tháng chiếm 61,5% [2]. Nghiên cứu Đỗ Thị Thanh Toàn và Đặng Thị Hương năm 2020 ghi nhận nhóm trẻ dưới 3 tuổi chiếm 87,16% [3]. Về nơi cư trú, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trẻ sống tại vùng nông thôn có tỷ lệ mắc (67,1%) cao hơn so với vùng thành thị (32,9%). Nghiên cứu của Nguyễn Đắc Thắng và cs mô tả số ca mắc trên 100.000 dân giữa vùng thành thị và nông thôn những năm 2016, 2017 và 2019 số ca mắc tại vùng nông thôn cao hơn thành thị [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh tay chân miệng tại bệnh viện chuyên khoa sản nhi Sóc Trăng

Các triệu chứng lâm sàng điển hình của bệnh loét miệng và sang (tổn) thương đa dạng hồng ban hoặc bóng nước ở lòng bàn tay, khuỷu tay, lòng bàn chân, gối, mông, cùi trỏ [1]. Trong nghiên cứu này ghi nhận loét miệng có tỷ lệ 83,8% và sang thương da có tỷ lệ 41,6%. Kết quả của Đỗ Thị Thanh Toàn và Đặng Thị Hương có tỷ lệ loét miệng là 70,17%; sang thương ở tay 72,93%; ở chân 75,14% [3]. Biểu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5, có thể đến ngày 7 của bệnh [1]. Trong nghiên cứu này ghi nhận các triệu chứng báo hiệu biến chứng như thở nhanh chiếm 12,1%; thở bất thường 6,9%; co giật 11,6% và tím tái 2,3%. Các nghiên cứu khác ghi nhận các dấu hiệu biến chứng như nghiên cứu của Đỗ Thị Thanh Toàn và Đặng Thị Hương rối loạn hô hấp, tim mạch 3,31%; co giật 1,66%; giật mình 25,41% [3]. Ngoài ra, nghiên cứu còn ghi nhận một số triệu chứng lâm sàng liên quan khác khi nhập viện như tiêu chảy 5,8%, sốt $>39^{\circ}\text{C}$ 52,6%, sốt kéo dài 58,4% quấy khóc 86,7%. Trong nghiên cứu của Võ Văn Thi và cs các triệu chứng sốt có tỷ lệ đến 95,5%, nôn ói 7,5%, tiêu chảy 4,5% [5].

Về đặc điểm cận lâm sàng, nghiên cứu ghi nhận trẻ có bạch cầu tăng là 16,8%, tiểu cầu tăng là 9,2%, đường huyết mao mạch tăng là 2,9%, CRP tăng là 31,2%. Các xét nghiệm cơ bản về bạch cầu, tiểu cầu, đường huyết mao mạch có kết quả tăng thường liên quan đến các trường hợp có biến chứng [1]. Nghiên cứu của Đỗ Thị Thanh Toàn và Đặng Thị Hương có 10,5% số ca có bạch cầu tăng trên 16G/l [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Thu ghi nhận trẻ có bạch cầu tăng chiếm 20,9%, tiểu cầu tăng 18,3% và glucose máu tăng 21,6% [6]. Trong nghiên cứu trẻ có kết quả dương tính với tác nhân gây bệnh chiếm tỷ lệ 9,2%. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Chu Thị Hà và Cộng sự ghi nhận tỷ lệ dương tính đến 57,1% [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Thu về kết quả giải trình tự gen trên 1170 mẫu ghi nhận 54,5% là EV71 và 45,5% là EV khác [6].

Trong thời gian theo phân độ của trẻ, trẻ TCM độ 1 chiếm 5,8%, TCM độ 2a 87,9% và phân độ 2b là 6,4%. Do hiện nay, TCM chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, việc điều trị bệnh chủ yếu là điều trị triệu chứng. Một số nghiên cứu khác ghi nhận nhóm trẻ ở mức độ 2a thấp hơn. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đắc Thắng và Cộng sự tại Gò Công Đông, Tiền Giang thì tỷ lệ số ca mắc trung bình 5 năm từ 2015 đến 2019 ghi nhận trẻ ở mức độ 2a chỉ chiếm 13,1%, độ 1 chiếm 86,6%, độ 2b và độ 3 chiếm 0,54% [4]. Sự khác biệt này do nghiên cứu

được thực hiện trên địa bàn các trẻ được chọn mẫu bao gồm cả các tuyến điều trị tại Trạm Y tế, Trung Tâm Y tế huyện. Nghiên cứu của Phoussamay và cs ghi nhận trẻ ở phân độ 2a chỉ chiếm 27,5%, phân độ 2b chiếm đến 70% và phân độ 1 chỉ 2,5% [7].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tiên lượng mức độ nặng của bệnh

Về mối liên quan đối với các triệu chứng lâm sàng, trong nghiên cứu này ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) đối với các triệu chứng tím tái, mạch >130 nhịp/phút và nôn ói nhiều. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Thu cho thấy, các triệu chứng lâm sàng như giật mình và sốt cao trên $38,5^{\circ}\text{C}$ có mối liên quan với bệnh nặng với $p<0,05$ và OR lần lượt là 4,4 (95% CI 3,2-6,1); 2,2 (95%CI 1,6-3,0) và 2,7 (95% CI 2,1-3,8) [6]. Một nghiên cứu khác của Thái Quang Hùng ghi nhận mối liên quan giữa mức độ nặng TCM và các triệu chứng như sốt cao trên 39°C , số kéo dài trên $38,5^{\circ}\text{C}$ và trên 3 ngày và giật mình với $p<0,001$ [7]. Nghiên cứu của Vi Ngọc Linh và Khổng Thị Ngọc Mai cũng ghi nhận nôn ói có liên quan đến tình trạng nặng của bệnh với $p<0,05$ [8].

Liên quan đến các cận lâm sàng, kết quả ghi nhận mối liên quan giữa số lượng bạch cầu tăng và mức độ nặng nhẹ của bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu bệnh chứng của Thái Quang Hùng bệnh nhân có số lượng bạch cầu $\geq 15,0$ ($\text{K}/\mu\text{l}$) làm tăng nguy cơ mắc bệnh TCM nặng với OR (Mc Nemar) = 4,15 (KTC 95%: 1,67 - 10,33). Ngoài ra, Thái Quang Hùng còn ghi nhận mối liên quan đến tăng số lượng tiểu cầu với Bệnh nhân có số lượng tiểu cầu ≥ 300 ($\text{K}/\mu\text{l}$) làm tăng nguy cơ mắc bệnh TCM nặng, OR = 2,57 (KTC 95%: 1,53 - 4,31) [7]. Nghiên cứu cũng ghi nhận trẻ dương tính với EV71 có tỷ lệ nặng 29,4% cao hơn trẻ có kết quả âm tính có tỷ lệ 3,8%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ và OR=10,42 (KTC95% 2,12-49,9). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Kim Thu cũng ghi nhận thấy tỷ lệ bệnh nặng gặp ở nhóm do EV71 cao hơn hẳn so với do EV khác với OR=2,2 (95% CI 1,6-2,9, $p<0,05$, Nhiễm EV71 có nguy cơ biến chứng thần kinh, hô hấp và tuần hoàn cao hơn so với nhiễm EV khác ($p<0,05$) và OR lần lượt là 1,9 (KTC 95%: 1,4-2,6); 2,5 (KTC 95%: 1,4-4,4) và 1,9 (KTC 95%: 1,1-3,2) [6].

V. KẾT LUẬN

TCM biểu hiện với đa dạng về dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, dựa trên kết quả nghiên cứu của tôi ghi nhận cần quan tâm đến một số vấn đề sau: Cần quan tâm đến những trẻ có dấu hiệu lâm sàng về nôn ói, tím tái và mạch nhanh >130 lần/phút và trẻ có dấu hiệu cận lâm sàng tăng bạch cầu $>16 \text{ G/L}$. Đây là những dấu hiệu liên quan đến mức độ nặng. Trẻ có xét nghiệm dương tính với chủng EV71 thường có tiến triển nặng hơn so với các chủng khác. Do đó, cần thực hiện các xét nghiệm phát hiện vi-rút nếu có điều kiện và cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định 292/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 06 tháng 2 năm 2024 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng. 2024. Hà Nội.
2. Chu Thị Hà và cộng sự. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh tay chân miệng tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2021 – 2022. *Tạp chí Khoa học sức khỏe*. 2023. Tập 1, số 2/2023, 151 -158. DOI: <https://doi.org/10.59070/jhs010223061>.
3. Đỗ Thị Thanh Toàn, Đặng Thị Hương. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ca bệnh tay chân miệng vào Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Hà Nam, năm 2017 – 2018. *TCNCYH*. 2021. 129 (5/ 2020), 30 - 38 . ISSN.0868-202X.
4. Nguyễn Đắc Thắng, Lê Đăng Ngạn, Nguyễn Yến Nhi và cộng sự. Nghiên cứu mô tả đặc điểm dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến bệnh TCM ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Gò Công Đông,

- tỉnh Tiền Giang., *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. 2022. Tập 39 (số 3/2022), 74 - 79. DOI:10.59873/vjid.v3i39.30.
5. Vo Van Thi, Nguyen Minh Phuong, Truong Hoang Phuc et al. Related factors to the severity of hand, foot and mouth disease in children treated at Can Tho Children's Hospital 2022-2023. *Can Tho Journal of Medicine and Pharmacy*. 2024. 10(7), 40-46. <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i7.2956>.
 6. Nguyễn Kim Thư. 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*. 2016.
 7. Soukhoulmalay Phousamay, Phạm Thu Nga, Ngô Thị Thu Hương. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh tay chân miệng ở trẻ em tại Bệnh Viện Đa Khoa Xanh Pôn Hà Nội. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2021. 507(2), 158 – 161. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v507i2.1426>
 8. Thái Quang Hùng. *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Đắk Lắk và các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh*, Luận án tốt nghiệp Tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2017.
 9. 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. *Tạp chí Khoa Học & Công Nghệ ĐHTN*. 2020. 225(11), 143 – 148.
-