

## **NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA TRẺ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG NHẬP VIỆN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2011**

**TRẦN ĐỖ HÙNG, NGUYỄN THỊ BÍCH ANH,  
TRƯƠNG KIM CHI, NGUYỄN THÁI SƠN**

### **TÓM TẮT**

*Đặt vấn đề tại Việt Nam, trong vài năm gần đây đã ghi nhận rất nhiều trẻ bệnh tay chân miệng. Hiện chưa có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh tay chân miệng có biến chứng ở miền Nam Việt Nam. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích mô tả bệnh cảnh và diễn tiến lâm sàng của bệnh.*

*Mục tiêu Xác định đặc điểm lâm sàng của bệnh tay chân miệng và xác định kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh.*

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 3 đến tháng*

*11 năm 2011 trên 200 trẻ bệnh tay chân miệng nhập viện điều trị tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Tiến hành hỏi bệnh sử, khám lâm sàng theo bệnh án mẫu, thực hiện các xét nghiệm và theo dõi bệnh theo lưu đồ thực hiện nghiên cứu. Điều trị theo phác đồ điều trị bệnh viện và đánh giá lúc xuất viện hay tử vong. Kết quả Tỷ lệ nam : nữ là 1.1:1. Sốt là mốc thời gian đáng tin cậy trong theo dõi diễn tiến bệnh. Về đặc điểm cận lâm sàng, kết quả xét nghiệm cho thấy trẻ bệnh TCM có tăng tiểu cầu, tăng đường huyết, dịch não tủy có tăng tế bào đơn nhân, EV71, CVA16.*

**Kết luận:** Bệnh TCM còn tương đối mới đối với người dân và ngay cả đối với cán bộ y tế tuyến cơ sở. Cần tuyên truyền về các dấu hiệu và biến chứng của bệnh tay chân miệng để giúp cha mẹ lưu ý phát hiện bệnh sớm hơn.

**Từ khóa:** Bệnh tay chân miệng, Enterovirus (EV71) và Coxsackievirus A16 (CVA16)

#### SUMMARY

*Background* In Vietnam, in the last few years have recorded a lot of children getting hand, foot and mouth disease. We have not had much study on this disease in South Vietnam. The study was conducted to describe the clinical features and the clinical progression of the disease.

*Objectives* To determine the clinical characteristics and determine the results of tests of subclinical disease of hand, foot and mouth disease.

*Methods* cross-sectional descriptive study was conducted from March to November 2011 on 200 children having the hand, foot and mouth disease treated in Can Tho Children's hospital. Conduct a history, physical examination, perform tests and follow-up disease. The treatment is depended on the guideline of hospital and evaluate at discharge or death.

*Results* The rate of male: female was 1.1:1. Fever is credible timelines in monitoring disease progression. Regarding clinical characteristics, test results showed that younger patients have increased platelet, hyperglycemia, cerebrospinal fluid increased mononuclear cells, EV71, CVA16.

*Conclusion* hand, foot and mouth disease is still relatively new to the people and even for health workers. The important thing to do is propaganda about the signs and complications of disease to help parents pay attention to detect disease earlier.

**Keywords:** foot and mouth disease, Enterovirus (EV71) và Coxsackievirus A16 (CVA16)

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là một hội chứng phát ban khá chuyên biệt gây ra bởi Enterovirus (EV71) và Coxsackievirus A16 (CVA16). Tại Việt Nam, trong vài năm gần đây đã ghi nhận rất nhiều trẻ bệnh tay chân miệng, cũng như các trẻ bị tay chân miệng có biến chứng thần kinh, hô hấp và tuần hoàn. Do đó, nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ bệnh tay chân miệng nhập viện điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ là cần thiết.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định đặc điểm lâm sàng của bệnh tay chân miệng; Xác định kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh tay chân miệng

#### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang, mô tả

**2. Đối tượng nghiên cứu.**

**2.1. Dân số mục tiêu:** Tất cả các trẻ dưới 15 tuổi được chẩn đoán bệnh tay chân miệng.

**2.2. Dân số chọn mẫu**

- Tất cả các trẻ được chẩn đoán bệnh tay chân miệng nhập Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Nhi Đồng từ tháng 3 đến tháng 11 năm 2011

- Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tay chân miệng trên lâm sàng: Trẻ có tổn thương dạng sản hồng ban hay mụn nước bóng nước trên bàn tay, bàn

chân, gối, và mông, và/hoặc tổn thương ở miệng (thường là dạng loét).

#### 3. Kỹ thuật chọn mẫu

**3.1. Tiêu chí chọn mẫu:** thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán.

**3.2. Tiêu chí loại ra:** bệnh nhân có bệnh lý nền mạn tính hay các bệnh lý khác kèm theo.

**3.3. Cỡ mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện, số mẫu đã thực hiện là 200 mẫu

#### 4. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được: Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng theo bệnh án mẫu; Thực hiện các xét nghiệm và theo dõi bệnh theo đề cương thực hiện nghiên cứu. Các xét nghiệm được thực hiện tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

#### 5. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm EpiData 18.0 từ bệnh án mẫu.

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 3/2011 đến tháng 11/2011, tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ có 200 trẻ bệnh tay chân miệng nhập viện thỏa tiêu chí đưa vào nghiên cứu.

#### 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

##### 1.1. Đặc điểm giới tính

Bảng 1. Phân bố của giới tính

Giới tính	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nữ	94	47,0
Nam	106	53,0
Tổng	200	100

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhi nam là 53%, cao hơn bệnh nhi nữ, 47%.

Tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p \leq 0,05$ .

##### 1.2. Tuổi của bệnh nhi

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ mắc bệnh theo nhóm tuổi

Tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Từ 1 - < 12 tháng	50	25
Từ 12 - < 24 tháng	100	50
Từ 24 - < 36 tháng	31	15,5
Từ 36 - < 72 tháng	17	8,75
$\geq 72$ tháng	2	0,75
Tổng	400	100

Nhận xét:

Trẻ từ 1 đến dưới 12 tháng tuổi chiếm 25%. Trẻ từ 12 đến 24 tháng tuổi chiếm 50%. Trẻ dưới 36 tháng tuổi chiếm tỉ lệ 15,5%.

##### 1.3. Lý do nhập viện

Bảng 3. Lý do nhập viện

Lý do nhập viện	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	125	62,5
Sang thương ở miệng, da	73	36,5
Khó thở	2	1,0
Tổng	200	100

Nhận xét:

Lý do nhập viện của các bệnh nhi này đa phần là sốt 125 (62,5%) hoặc có sang thương ở miệng hay ở da 73 (36,5%).

1.4. Triệu chứng lâm sàng  
Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Có n (%)	Không n (%)
Sốt trên 38 <sup>o</sup> 5C	125 (62,5)	75 (37,5)
Sốt ≥ 3 ngày	38 (19)	162 (81)
Sang thương ở niêm mạc miệng	89 (44,5)	111 (55,5)
Sang thương ở da	2 (1,0)	198 (99,0)
Sang thương ≥ 2 nơi	109 (54,5)	91 (45,5)
Giật mình	67 (33,5)	133 (66,5)
Bứt rứt	39 (19,5)	161 (80,5)
Rung cơ	3 (1,5)	197 (98,5)
Chới với	2 (1)	198 (99,0)
Suy hô hấp	2 (1,0)	198 (99,0)

Nhận xét:

Các triệu chứng bệnh khi bệnh nhân mới nhập viện thường gặp nhất là sốt chiếm tỷ lệ 62,5%; sang thương miệng chiếm 44,5%.

Các dấu hiệu lâm sàng biểu hiện thường gặp nhất là giật mình và bứt rứt với tỉ lệ tương ứng là 33,5% và 19,5%.

Có 2 trường hợp có dấu hiệu duy hô hấp.

1.5. Mức độ bệnh tay chân miệng

Bảng 5. Chẩn đoán phân độ bệnh

Mức độ bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Độ I	65	32,5
Độ II	133	66,5
Độ III	2	1,0
Tổng	200	100

Nhận xét: Có 65 bệnh nhi được chẩn đoán độ I, chiếm tỉ lệ 32,5% và 133 bệnh nhi độ II, chiếm tỉ lệ 66,5%. Có 2 trường hợp độ III chiếm tỉ lệ 1,0%.

2. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh tay chân miệng

2.1. Công thức máu

Số lượng bạch cầu máu trung bình là 12,6k/mm<sup>3</sup>, có 71 trẻ (35,3%) có số lượng bạch cầu tăng >15k/mm<sup>3</sup>. Tỷ lệ bạch cầu hạt trung tính trung bình là 47%. Nồng độ hemoglobine trung bình là 11,8 g/dL. Có 66 trẻ (33,0%) bị thiếu máu so với tuổi. Số lượng tiểu cầu trung bình là 327K/ mm<sup>3</sup>. Có 4 trẻ (2,0%) có tiểu cầu giảm < 150K/ mm<sup>3</sup> và 2 trẻ (1,0%) có tiểu cầu thấp hơn 100K/ mm<sup>3</sup>, 62 trẻ (31,0%) có tiểu cầu tăng >400K/ mm<sup>3</sup> và trẻ độ III, p<0,05.

2.2. Đường huyết

Có 65 (37,5%) trẻ được xét nghiệm đường huyết lúc nhập viện. Trị số đường huyết trung bình là 95,4~ 41,6 mg/dl. Nồng độ đường huyết ở nhóm độ III cao hơn hẳn các nhóm còn lại. Có 2 trẻ (1,0%) tăng đường huyết > 120mg/dl. Tỷ lệ tăng đường huyết ở nhóm trẻ độ III thì cao hơn hẳn so với nhóm độ II (p<0,001).

2.3. Dịch não tủy

- Tế bào: Số lượng tế bào trung bình trong dịch não tủy là 160 BC/mm<sup>3</sup> (159,9±213,4 BC/mm<sup>3</sup>), thấp nhất là 12 tế bào, nhiều nhất là 1955 BC/mm<sup>3</sup>. Đa số (98,9%) có số lượng tế bào dưới 1000 tế bào/mm<sup>3</sup>. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung bình là 53% (53,4±7,9 %).

- Đạm: nồng độ đạm trong dịch não tủy trung bình là 0,3±0,2 g/l. Không có trường hợp viêm màng não nào có đạm trong dịch não tủy > 0,45 g/l.

- Đường: nồng độ đường trong dịch não tủy trung bình là 63,4±14 mg/dl. Nhóm tay chân miệng độ III, nồng độ đường trung bình trong dịch não tủy cao hơn các nhóm còn lại, (p<0,05).

- Lactate: nồng độ lactate dịch não tủy trung bình là 1,9±0,9 mmol/l. Nồng độ lactate ở nhóm bệnh nhân độ III cao hơn các nhóm còn lại.

2.4. Thử nghiệm EV71 IgM và CVA16

Trong 200 bệnh nhi được thử nghiệm EV71 IgM có 78 bệnh nhi cho kết quả dương tính chiếm tỷ lệ 39%, và CVA16 có 61 bệnh nhi cho kết quả dương tính chiếm tỷ lệ 30,5%.

2.5. Troponin I

Có 21 trẻ (10,5 %) được xét nghiệm định tính Troponin I. Kết quả có

10 trẻ (5,0%) dương tính. Trong 10 trẻ này, 1 trẻ thuộc nhóm III và 4 trẻ còn lại thuộc nhóm II.

BÀN LUẬN

1. Giới tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 106 trẻ nam (53,0 %) và 94 trẻ nữ (47,0%). Tỷ lệ phân bố nam:nữ là 1,1:1. Tỷ lệ này tương tự nhau ở hầu hết các lứa tuổi trong nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận được sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ trẻ giữa nam và nữ.

2. Tuổi.

Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 12- 24 tháng 100 trẻ(50,0%). Đối với các trường hợp tay chân miệng nặng (độ III trở lên), chúng tôi cũng ghi nhận thấy chủ yếu là trẻ từ 12 đến 24 tháng 2 trẻ (1,0%) và không có bất kỳ trẻ nào thuộc nhóm tuổi dưới 6 tháng.

3. Lý do nhập viện.

Lý do nhập viện khác nhau tùy theo độ nặng của bệnh. Đối với những trẻ sốt là đa số 125 (62,5%), được đưa đến khám bệnh vì cha mẹ trẻ phát hiện hồng ban mụn nước ở da hay niêm mạc miệng 73 (36,5%) các trẻ độ II. Các trẻ tay chân miệng độ III đến khám chủ yếu vì các triệu chứng thần kinh như giật mình, run chi, co giật, rối loạn tri giác và khó thở 2 trẻ (1,0%).

4. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh.

4.1. Sốt.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết trẻ em (93,5%) bị sốt với nhiệt độ sốt cao nhất trung bình là 39 ± 0,7<sup>o</sup>C (thấp nhất là 37,8<sup>o</sup>C, cao nhất là 41<sup>o</sup>C). Có 28,3% trẻ sốt nhẹ dưới 38,5<sup>o</sup>C, 30,3% trẻ sốt trung bình từ 38,5-39<sup>o</sup>C và 34,9% trẻ sốt trên 39<sup>o</sup>C. Trẻ tay chân miệng độ III có tỉ lệ sốt trên 39<sup>o</sup>C cao hơn hẳn so với nhóm độ I và II.

Thời gian sốt kéo dài trung bình là 4 ngày (4 1,6 ngày). Chúng tôi nhận thấy các trẻ bị biến chứng hô hấp- tuần hoàn có thời gian sốt kéo dài hơn.

4.2. Sang thương da và niêm mạc miệng.

Chúng tôi ghi nhận được 89 trẻ (44,5%) chỉ lở miệng đơn thuần, 2 trẻ (1,3%) chỉ có sang thương da, và sang thương trên hai nơi là 109 (54,5%).

Đối với các trường hợp nặng từ độ III, trẻ phát ban số lượng ít, và đa số cũng chỉ nổi sẩn hồng ban đơn thuần; cũng như tỉ lệ trẻ bị lở miệng ít hơn so với các trẻ độ I và II. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ trẻ phát ban số lượng ít

giữa nhóm bệnh tay chân miệng độ III và nhóm trẻ còn lại (độ tin cậy 95%). Không có mối liên quan giữa triệu chứng lở miệng và độ nặng của bệnh.

Thời gian lở miệng kéo dài trung bình là 5 ngày (4,9+1,1 ngày). Thời gian trung bình từ khi phát ban đến khi ban nổi nhiều nhất là 1 ngày (1,1+0,7 ngày). Thời gian ban khô trung bình theo diễn tiến ghi nhận được là 5 ngày (4,6+0,8 ngày). Không có sự khác biệt về thời gian lở miệng và phát ban giữa các nhóm có độ nặng của bệnh

#### 4.3. Triệu chứng thần kinh (giật mình, bức rứt, rung cơ, chơi vơi).

Trong nghiên cứu này, 111 trẻ (55,5%) có biểu hiện rối loạn hệ thần kinh n giật mình bú rứt, rung cơ và chơi vơi. Chúng tôi ghi nhận được tất cả các trẻ độ III khởi phát tim nhanh và thở nhanh cùng lúc, trung bình sau sốt 2 ngày và sau các triệu chứng thần kinh 1 ngày.

#### 4.4. Các biểu hiện hô hấp - tuần hoàn.

Chúng tôi ghi nhận có 91 trẻ (45,5%) có triệu chứng rối loạn vận mạch da (da nổi bông, vã mồ hôi lạnh). Tất cả các trẻ này đều thuộc độ II và III. Có 2 trẻ (1,0%) thở nhanh. Có 41 trẻ (20,5%) có tăng nhịp tim > 1501/phút. Có 14 trẻ (7,0 %) có tăng huyết áp so với tuổi. Tất cả các trường hợp có tăng huyết áp đều được phát hiện cùng lúc với ghi nhận nhịp tim nhanh.

### 5. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh tay chân miệng

#### 5.1. Công thức máu.

Số lượng bạch cầu máu trung bình là 12,6k/mm<sup>3</sup>, có 131 trẻ (65,5%) có số lượng bạch cầu tăng >15k/mm<sup>3</sup>. Tỷ lệ bạch cầu hạt trung tính trung bình là 47%. Có 197 trẻ (98,5%) có tăng tỷ lệ bạch cầu hạt trung tính theo tuổi. Tuy nhiên, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa tăng bạch cầu máu cùng như tăng tỷ lệ bạch cầu hạt với các biến chứng thần kinh- hô hấp- tuần hoàn và với nguy cơ tử vong.

Nồng độ hemoglobine trung bình là 11,8 g/dL. Có 129 trẻ (64,5%) bị thiếu máu so với tuổi. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ trẻ thiếu máu tương tự giữa các nhóm độ nặng bệnh tay chân miệng.

Số lượng tiểu cầu trung bình là 327K/ mm<sup>3</sup>. Có 16 trẻ (8,0%) có tiểu cầu giảm < 150K/ mm<sup>3</sup> và 4 trẻ (2,0%) có tiểu cầu thấp hơn 100K/ mm<sup>3</sup>. có 129 trẻ (64,5 %) có tiểu cầu tăng >400K/ mm<sup>3</sup> và trẻ độ III có tỷ lệ tăng tiểu cầu cao hơn hẳn các nhóm còn lại. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tăng tiểu cầu ở nhóm trẻ bị biến chứng hô hấp- tuần hoàn và tử vong cao hơn hẳn nhóm trẻ không biến chứng (X<sup>2</sup>, p<0,05).

Đường huyết: Có 303 trẻ được xét nghiệm đường huyết lúc nhập viện. Trị số đường huyết trung bình là 95,4~ 41,6 mg/dl. Nồng độ đường huyết ở nhóm độ III cao hơn hẳn các nhóm còn lại. Có 3 8 trẻ (1 2,5 %) tăng đường huyết > 1 20mg/dl. Tỷ lệ tăng đường huyết ở nhóm trẻ độ III là 86,4%, cao hơn hẳn so với nhóm độ II và III (p<0,001). Chúng tôi nhận thấy tăng đường huyết có liên quan đến biến chứng hô hấp- tuần hoàn và tử vong (p<0,001).

Troponin I: có 21 trẻ (10,5 %) được xét nghiệm định tính Troponin I. Kết quả có

10 trẻ (5,0%) dương tính. Trong 10 trẻ này, 1 trẻ thuộc nhóm III và 4 trẻ còn lại thuộc nhóm II.

#### 5.2. Dịch não tủy.

Có 106 trẻ (53,0%) được chọc dò tủy sống. Chúng tôi ghi nhận có 62/106 trẻ (58,4%) có thay đổi dịch não tủy. Trẻ độ III có tỷ lệ thay đổi dịch não tủy rõ rệt hơn độ II, p<0,001).

Tế bào: Số lượng tế bào trung bình trong dịch não tủy là 160 BC/mm<sup>3</sup> (159,9 ± 213,4 BC/mm<sup>3</sup>), thấp nhất là 12 tế bào, nhiều nhất là 1955 BC/mm<sup>3</sup>. Đa số (98,9%) có số lượng tế bào dưới 1000 tế bào/mm<sup>3</sup>. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung bình là 53% (53,4 ± 27,9 %).

Chúng tôi có 2 trường hợp có số lượng bạch cầu >1000 BC/mm<sup>3</sup>, 1 trẻ 15 tháng và 1 trẻ 21 tháng. Cả hai trẻ này đều có sang thương bệnh tay chân miệng điển hình. Nồng độ đạm, đường và lactate dịch não tủy bình thường. Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về số lượng tế bào dịch não tủy và tỷ lệ bạch cầu đa nhân giữa các độ II và III. Ở độ III, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bạch cầu đơn nhân chiếm ưu thế hơn, có thể là do bệnh được phát hiện muộn hơn, lúc đã có biến chứng.

Đạm: nồng độ đạm trong dịch não tủy trung bình là 0,3±0,2 g/l. Không có trường hợp viêm màng não nào có đạm trong dịch não tủy > 0,45 g/l. Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt nồng độ đạm dịch não tủy giữa các nhóm độ nặng bệnh tay chân miệng.

Đường: nồng độ đường trong dịch não tủy trung bình là 63,4±14 mg/dl. Không có trường hợp nào đường dịch não tủy thấp hơn một nửa so với đường huyết cùng lúc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm tay chân miệng độ III, nồng độ đường trung bình trong dịch não tủy cao hơn các nhóm còn lại (p<0,05).

Lactate: nồng độ lactate dịch não tủy trung bình là 1,9±0,9 mmol/l. Có 2 trẻ có nồng độ lactate dịch não tủy lớn hơn 4 mmol/l. Cả 2 trẻ này đều thuộc nhóm III, nhập viện do phù phổi và sốc tại khoa cấp cứu trong vòng 24 giờ. Chúng tôi nhận thấy nồng độ lactate ở nhóm bệnh nhân độ III cao hơn các nhóm còn lại.

#### 5.3. Thử nghiệm EV71 và CVA16.

Trong 200 bệnh nhi được thử nghiệm EV71 IgM có 78 bệnh nhi cho kết quả dương tính chiếm tỷ lệ 39%, và CVA 16 có 61 bệnh nhi cho kết quả dương tính chiếm tỷ lệ 30,5%.

Tuy nhiên, EV71 có thể gây bệnh cảnh viêm não thân não nặng, diễn tiến tử vong nhanh chóng trong vòng 24 giờ. CVA16 và các chủng huyết thanh khác cũng có thể gây các biến chứng viêm não, viêm màng não, hay liệt mềm cấp nhưng không gây phù phổi, thần kinh do viêm não thân não như EV71.

### KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm bệnh tay chân miệng ở trẻ nhập Bệnh viện Nhi Cần Thơ trong vòng 9 tháng từ tháng 3/2011 - T11/2011, chúng tôi có 200 bệnh nhi.

#### 1. ĐẶC ĐIỂM CƠ BẢN NGHIÊN CỨU

- Tỷ lệ nam : nữ là 1.5:1. Đa số trẻ mắc bệnh nhỏ hơn 3 tuổi, thường gặp nhất là 12 đến 24 tháng. Bệnh hiếm gặp bệnh ở trẻ nhỏ ≤72 tháng tuổi.

#### 2. Đặc điểm lâm sàng

##### Lý do nhập viện

Lý do nhập viện của các bệnh nhi này đa phần là sốt 125 (62,5%) hoặc có sang thương ở miệng hay ở da 73 (36,5%).

### *Triệu chứng lâm sàng*

Các triệu chứng bệnh khi bệnh nhân mới nhập viện thường gặp nhất là sốt chiếm tỷ lệ 62,5%; sang thương miệng chiếm 44,5%.

Các dấu hiệu lâm sàng biểu hiện thường gặp nhất là giật mình và bú rớt với tỉ lệ tương ứng là 33,5% và 19,5%.

Có 2 trường hợp có dấu hiệu duy hô hấp.

#### *Cận lâm sàng*

- Tăng tiểu cầu, tăng đường huyết  
- Dịch não tủy: tăng tế bào đơn nhân  
- Troponin I: có 21 trẻ (10,5 %) được xét nghiệm định tính Troponin I.

- Thử nghiệm EV71 IgM có 78 bệnh nhi cho kết quả dương tính chiếm tỷ lệ 39%, và CVA16 có 61 bệnh nhi cho kết quả dương tính chiếm tỷ lệ 30,5%.

### **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: 1732/QĐ-BYT ngày 16 tháng 5 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

2. Li JH, Fang XN (2011). Progress in research on enterovirus type 71. Bingdu Xuebao; 27(3): 308-314.

3. Liu WL, Yang GL, Wei Q, Zhang MX, Chen XC, Liu YX, Gao Y, Zhou BP (2011). The genetical evolution of the full length genes of 5 EV 71 strains from 5 Shenzhen patients with hand-food-mouth disease associated with EV71 infection. Zhonghua Shiyan he Linchuang Bingduxue Zazhi; 25(1): 53-56.

4. Yang F, Du J, Hu Y, Wang X, Xue Y, Dong J, Sun L, Li Z, Li Y, Sun S, Jin Q.(2011) Enterovirus Coinfection During an Outbreak of Hand, Foot, and Mouth Disease in Shandong, China. Clin Infect Dis.