

**ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ BỆNH NHI TAY CHÂN MIỆNG
TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ**

Nguyễn Thị Thu Tâm¹, Hoàng Thị Thanh²
¹Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ; ²Đại học Thăng Long

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh nhi mắc tay chân miệng điều trị nội trú tại khoa truyền nhiễm bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 10/2020 đến tháng 4/2021 và nhận xét kết quả chăm sóc, điều trị bệnh nhi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 10/2020 đến 4/2021 trên 409 bệnh nhi được chẩn đoán mắc tay chân miệng vào điều trị nội trú tại khoa truyền nhiễm bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Kết quả:** Độ tuổi của bệnh nhi chủ yếu là dưới 5 tuổi chiếm 97,6%, trong đó nhóm từ 12-<36 tháng chiếm 70,4%; tuổi trung bình là $24,5 \pm 14,0$ tháng; tỷ lệ trẻ trai/gái = 1,5/1. Khi vào viện: 100% trẻ có sốt; 82,6% có loét miệng; 79,0% bệnh nhi có rối loạn tiêu hóa và 65,8% có ban/bóng nước trên da. Các biểu hiện tim mạch, hô hấp, thần kinh gặp với tỷ lệ không cao. Hầu hết bệnh nhi ở thể bệnh là độ 1 và 2a, chiếm 90,3%. Khi vào viện bệnh nhi được chăm sóc theo quy trình, điều trị theo phác đồ nên các triệu chứng giảm dần và gần như hết trước khi ra viện. Thời gian trung bình hết các triệu chứng: nôn, trớ ($1,39 \pm 0,91$ ngày); tiêu chảy ($1,84 \pm 0,15$ ngày); sốt ($4,04 \pm 1,39$ ngày); hồng ban, bóng nước ($4,74 \pm 1,13$ ngày). Biếng ăn là dấu hiệu hết chậm nhất, khi ra viện còn 47,9% bệnh nhi vẫn biếng ăn. Tỷ lệ bội nhiễm trong quá trình nằm viện là 13,4%; trong đó, chủ yếu là viêm phổi chiếm 10,7%. Có 69,9% bệnh nhi khỏi bệnh được ra viện; 25,9% bệnh thuyên giảm bệnh và trẻ được ra viện; không có ca tử vong. Thời gian nằm viện chủ yếu ≤ 7 ngày (84,6%). **Kết luận:** Bệnh nhi tay chân miệng dưới 5 tuổi chiếm 97,6%; các biểu hiện lâm sàng chính là sốt, loét miệng, rối loạn tiêu hóa và ban/bóng nước trên da; hầu hết bệnh ở mức độ 1 và 2a (90,3%). Các triệu chứng giảm dần trong quá trình chăm sóc và ra viện an toàn, không có ca chuyển tuyến trên hoặc tử vong; ngày nằm viện trung bình $6,32 \pm 1,81$ ngày.

Từ khóa: Bệnh tay chân miệng, trẻ em, bệnh viện Nhi đồng Cần thơ.

**CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH HAND, FOOT, MOUTH DISEASE
AND THE RESULTS OF THEIR CARE AND TREATMENT
AT THE CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL**

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of hand, foot and mouth disease (HFMD) at the infectious disease department of Can Tho Children's Hospital from 2020 October

Tác giả: Nguyễn Thị Thu Tâm
Địa chỉ: Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ
Email: thutambvndct@gmail.com

Ngày phản biện: 09/9/2021
Ngày duyệt bài: 11/9/2021
Ngày xuất bản: 30/9/2021

to 2021 April and comment on the results of caring and treatment for pediatric patients. **Method:** A prospective descriptive study was conducted from October 2020 to April 2021 on 409 HFMDs and Inpatient treatment at Can Tho Children's Hospital. **Results:** The most common age is under 5 years old (97.6%), of which the age group from 12-<36 months accounts for 70.4%; average age is 24.5 ± 14.0 months; boy/girl ratio = 3/2. On admission: 100% of children have fever; 82.6% had mouth ulcers; 79.0% of pediatric patients have loss of appetite and 65.8% had skin rash/blisters. Cardiovascular, respiratory, and neurological manifestations were found at a low rate. Most children have grade 1 and 2a (90.3%). When entering the hospital, pediatric patients are cared for according to the procedure, treated according to the protocol, so their symptoms gradually decrease and almost disappear before being discharged from the hospital. The mean time to symptom relief: Vomiting (1.39 ± 0.91 days); Diarrhea (1.84 ± 0.15 days); Fever (4.04 ± 1.39 days); Erythema (4.74 ± 1.13 days); Anorexia is the slowest symptom, 47.9% of patients are still anorexic when discharged from hospital. The hospital infection is 13.4%; in which, mainly pneumonia (7.1%). 69.9% of patients recovered; 25.9% disease reduction and no deaths. Mean hospital stay mainly ≤ 7 days (84.6%). **Conclusion:** Patient under 5 years old is 97.6%; The main symptoms are: fever, mouth ulcers, gastrointestinal disturbances and skin rash/blisters; most of them are at level 1 and 2a (90.3%). Symptoms gradually subsided during safe care and discharge, no referral or death; average hospital stay 6.32 ± 1.81 days.

Keywords: Hand, foot and mouth disease, children, Can Tho Children's Hospital

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm hay gặp ở trẻ em, bệnh lây từ người sang người, gây thành dịch do chủng virus đường ruột. Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước/bóng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông và gối. Bệnh có thể gây 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. Bệnh đã được phát hiện ở nhiều nước Châu Á trong đó Việt Nam. Bệnh chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vaccine phòng bệnh [1], [2].

Tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ năm 2019 số bệnh nhi (BN) tay chân miệng đến khám là 28.033, chiếm tỷ lệ 4,2% tổng số lượt khám bệnh chung

trong năm, nhập viện 2.992 ca, chiếm 6,7% và không có trường hợp tử vong. Theo hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của Bộ y tế, trong 3 tháng đầu năm 2021, cả nước ghi nhận 17.451 trường hợp mắc bệnh tay chân miệng, so với cùng kỳ năm 2020, số mắc tăng 4 lần và gia tăng chủ yếu khu vực miền Nam [3].

Vì chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cho nên việc chăm sóc đóng góp phần lớn cho sự phục hồi của bệnh nhi. Với mong muốn có được nhận xét về đặc điểm và kết quả chăm sóc bệnh nhi mắc tay chân miệng, nghiên cứu của chúng tôi đã được tiến hành tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm bệnh nhi tay chân miệng điều trị nội trú tại khoa truyền nhiễm bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 10/2020 đến tháng 4/2021 và nhận xét kết quả chăm sóc, điều trị trẻ bệnh.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là bệnh nhi được chẩn đoán mắc tay chân miệng được vào điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tay chân miệng theo hướng dẫn của Bộ Y tế [1].

Loại trừ bệnh nhi có mắc kèm theo bệnh khác như: sốt xuất huyết, hen phế quản, suy thận, ung thư, dị tật bẩm sinh, nhiễm HIV.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2020 đến tháng 4/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Chọn mẫu thuận tiện: Bệnh nhi vào viện đủ tiêu chuẩn được lấy vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu

- Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước tính tỷ lệ:

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

Với $\alpha = 0,01$, lấy $d = 0,05$ và $p = 0,6$ (tham khảo từ nghiên cứu của Nguyễn Thị Lệ Uyên [4]). Cỡ mẫu cho nghiên cứu là 409 trẻ bệnh.

- Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm bệnh nhi tay chân miệng: Tuổi, giới tính, nơi sinh sống và tiền sử tiếp xúc với nguồn lây, triệu chứng lâm sàng (toàn trạng, thân nhiệt, tổn thương trên da, tổn thương niêm mạc; triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa và phân độ thể bệnh); kết quả xét nghiệm huyết học, sinh hóa, virus.

Kết quả chăm sóc, điều trị bệnh nhi tay

chân miệng: Được thể hiện qua tiến triển các triệu chứng lâm sàng tại các thời điểm vào viện, sau 3 ngày, 5 ngày, 7 ngày và khi ra viện; thời gian nằm viện và tình trạng khi ra viện.

- Các tiêu chuẩn, kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

Phân chia nhóm tuổi: Theo cách phân chia tuổi thông thường trong nghiên cứu lâm sàng nhi khoa, bao gồm 5 nhóm tuổi: từ 1 -<12 tháng; từ 12-<36 tháng; từ 36-<60 tháng; từ 5-10 tuổi và từ 10 đến dưới 16 tuổi.

Thân nhiệt: Được xác định bằng đo nhiệt độ ngoại vi ở nách, nhận định theo quy định trong thực hành lâm sàng nhi khoa, trẻ có sốt khi thân nhiệt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, trong đó: sốt nhẹ khi thân nhiệt từ $37,5^{\circ}\text{C}$ - $<38,5^{\circ}\text{C}$; sốt vừa : $38,5^{\circ}\text{C}$ - $<39^{\circ}\text{C}$; sốt cao: 39°C - $<39,5^{\circ}\text{C}$; sốt rất cao: $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$.

Mức độ bệnh: Phân loại theo quy định của Bộ Y tế [1] với 5 mức độ theo tình trạng nặng dần là độ 1, độ 2 (gồm 2a và 2b), độ 3, độ 4.

Kết quả chăm sóc, điều trị bệnh nhi tay chân miệng: Điều trị bệnh tay chân miệng theo phác đồ của Bộ Y tế. Chăm sóc BN tay chân miệng theo quy trình điều dưỡng được Bộ y tế và Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ quy định. Kết quả chăm sóc, điều trị được thể hiện bằng tỷ lệ bệnh nhi có các dấu hiệu lâm sàng theo thời gian nằm viện, biến chứng hay bội nhiễm, tình trạng khi ra viện và thời gian nằm viện.

- Công cụ nghiên cứu và xử lý số liệu: Xây dựng bệnh án nghiên cứu và bảng theo dõi các dấu hiệu của bệnh nhi theo thời gian: khi vào viện, sau 3 ngày, sau 5 ngày, sau 7 ngày và kết thúc điều trị. Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê sử dụng trong y sinh học với phần mềm SPSS.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhi tay chân miệng

Bảng 1. Tuổi và giới bệnh nhi tay chân miệng

Tuổi	Trẻ trai		Trẻ gái		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%
Dưới 12 tháng	25	6,1	18	4,4	43	10,5
Từ 12 – < 36 tháng	168	41,1	120	29,4	288	70,5
Từ 36 – < 60 tháng	46	11,2	22	5,4	68	16,6
≥ 60 tháng	7	1,7	3	0,7	10	2,4
Tổng	246	60,1	163	39,9	409	100
Tuổi trung bình (tháng)	25,4 ± 14,4		23,0 ± 13,3		24,5 ± 14,0	
	p>0,05					

Hầu hết trẻ bệnh tay chân miệng vào viện trong nhóm tuổi 12 – < 36 tháng tuổi chiếm 70,5%; tiếp đến là nhóm tuổi từ 36 – < 60 tháng chiếm 16,6%; các nhóm tuổi dưới 12 tháng và trên 5 tuổi ít gặp với tỷ lệ lần lượt là 10,5% và 2,4%. Tuổi trung bình chung là 24,5 ± 14,0 tháng và không khác nhau ở bệnh nhi nam và nữ. Tỷ lệ bệnh nhi là nam chiếm 60,1% và 39,9% bệnh nhi là nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1.

Bảng 2. Tiền sử tiếp xúc, tiền sử mắc TCM và thời gian bị bệnh trước khi vào viện (n=409)

Các chỉ số	SL	%
- Tiếp xúc nguồn lây:		
- Tiếp xúc tại nhà	50	12,2
- Tiếp xúc với hàng xóm	98	24,0
- Tiếp xúc tại trường học	53	13,0
- Không rõ	208	50,9
Tiền sử đã mắc bệnh TCM	46	11,2
Thời gian bị bệnh trước khi đến viện:		
- 1 ngày	64	15,6
- 2-3 ngày	289	70,7
- 4-5 ngày	56	13,7
Trung bình (ngày)	2,4 ± 1,0	

Có 49,1% bệnh nhi có tiền sử tiếp xúc nguồn lây rõ ràng, 11,2% trẻ đã từng bị bệnh TCM và thời gian bị bệnh trước khi vào viện chủ yếu 2-3 ngày (70,7%), thời gian trung bình là 2,4 ± 1,0 ngày.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhi khi vào viện (n=409)

Triệu chứng	SL	%
Sốt, trong đó:	409	100
- Sốt nhẹ	249	60,9
- Sốt vừa	82	20,1
- Sốt cao	57	13,9
- Sốt rất cao	21	5,1
Hình thái tổn thương da:		
- Dạng bóng nước	42	10,3
- Dạng hồng ban	191	46,7
- Dạng hỗn hợp	36	8,8
Vị trí tổn thương da		
- Lòng bàn tay	254	62,1
- Gối	38	9,3
- Lòng bàn chân	252	61,6
- Khuỷu tay	22	5,4
- Mông	72	17,6
Tổn thương niêm mạc (loét miệng)	338	82,6
Tim mạch:		
- Bình thường	336	82,2
- Mạch nhanh >130 lần/phút	73	17,8
Hô hấp:		
- Thở bình thường	396	96,8
- Thở nhanh	13	3,2
Rối loạn tiêu hóa		
- Nôn	44	10,8
- Tiêu chảy	20	4,9
- Nôn, tiêu chảy và biếng ăn	323	79,0
Thần kinh:		
- Giật mình	102	24,9
- Run chi	14	3,4
- Co giật	5	1,2
- Đi không vững	1	0,2

Tất cả bệnh nhi khi vào viện đều có sốt. Các triệu chứng khác gặp với tỷ lệ từ cao xuống thấp là: loét miệng 82,6%; biếng ăn 79%; ban/bóng nước trên da 65,8% và chủ yếu ở lòng bàn chân, bàn tay; mạch và nhịp thở của trẻ bệnh hầu hết trong giới hạn bình thường; biểu hiện thần kinh chủ yếu là giật mình (24,9%).

Bảng 4. Triệu chứng cận lâm sàng của bệnh nhi khi vào viện (n=409)

Chi số	SL	%
Hàm lượng Hb giảm	78	19,1
Số lượng bạch cầu tăng (trên 16000/mm ³)	288 (82)	70,4 (20,0)
Đường huyết:		
- Tăng (>6,4mmol/l) (tăng trên 8,9mmol/l)	24 (0)	5,9 (0)
- Bình thường(3,9-6,4 mmol/l)	85	20,8
- Giảm(<3,9 mmol/l)	10	2,4
- Không xét nghiệm	290	70,9
Nồng độ CRP		
- Bình thường (<10mg/l)	18	4,4
- Tăng (≥10mg/l)	17	4,2
- Không xét nghiệm	374	91,4
Test nhanh tìm EV71		
- Dương tính	35	8,6
- Âm tính	230	56,2
- Không xét nghiệm	144	35,2

19,1% bệnh nhi có nồng độ huyết sắc tố giảm 70,4% bệnh nhi có bạch cầu trong máu tăng, trong đó tăng trên 16000/mm³ có 82 bệnh nhi, chiếm 20,0%. Xét nghiệm đường máu, CRP và test nhanh tìm virus EV 71 không được làm ở tất cả bệnh nhi và tỷ lệ bệnh nhi có thay đổi bệnh lý không nhiều.

Bảng 5. Mức độ bệnh khi vào viện (n=409)

Phân độ bệnh	SL	%
Độ 1	1	0,2
Độ 2a	369	90,3
Độ 2b	28	6,8
Độ 3	11	2,7
Độ 4	0	0

Hầu hết bệnh nhi ở mức độ bệnh nhẹ (độ 1) và vừa (độ 2a), chiếm 90,5%; độ 2b chiếm 6,8% và độ 3 có 11 trẻ chiếm 2,7%. Không có bệnh nhi độ 4.

3.2. Kết quả chăm sóc bệnh nhi tay chân miệng

Bảng 6. Kết quả chăm sóc, điều trị và diễn biến của bệnh nhi

Chăm sóc điều trị	Số lượng và tỷ lệ (%) bệnh nhi theo thời gian nằm viện						Thời gian hết triệu chứng TB (ngày)
	Ngày 1 (n=409)	Ngày 2 (n=409)	Ngày 3 (n=409)	Ngày 5 (n=371)	Ngày 7 (n=143)	Ra viện (n=409)	
1. Chăm sóc bệnh nhi sốt:							
- Số bệnh nhi sốt	409 (100,0)	301 (73,5)	173 (42,3)	22 (5,9)	1 (0,7)	0	4,04 ± 1,39
- BN sốt cao, rất cao: Dùng thuốc hạ sốt, lau mát bằng nước ấm và bỏ bớt quần áo, uống đủ nước	78 (19,1)	48 (11,7)	15 (3,6)	0	0	0	
- BN sốt vừa: Dùng thuốc hạ sốt và bỏ bớt quần áo, uống đủ nước	82 (20,0)	50 (12,2)	23 (5,6)	3 (0,8)	0	0	
- BN sốt nhẹ: bỏ bớt quần áo, uống đủ nước	249 (60,9)	203 (49,6)	135 (33,0)	19 (5,1)	1 (0,7)	0	
2. Chăm sóc hồng ban/ bóng nước trên da:							
- Số BN có hồng ban/bóng nước	269 (65,8)	279 (68,2)	266 (65,0)	148 (39,9)	36 (25,2)	26 (6,4)	4,74 ± 1,13
- Cho BN mặc đồ mềm, rộng tránh làm vỡ mụn nước	269 (65,8)	279 (68,2)	266 (65,0)	148 (39,9)	36 (25,2)	26 (6,4)	
- Hướng dẫn bà mẹ tắm BN, tránh làm vỡ mụn nước	269 (65,8)	279 (68,2)	266 (65,0)	148 (39,9)	36 (25,2)	26 (6,4)	
- Bôi thuốc (khi vỡ mụn nước hoặc bội nhiễm)	155 (37,9)	182 (44,5)	185 (45,2)	79 (21,2)	21 (12,1)	3 (0,7)	

Chăm sóc điều trị	Số lượng và tỷ lệ (%) bệnh nhi theo thời gian nằm viện						Thời gian hết triệu chứng TB (ngày)
	Ngày 1 (n=409)	Ngày 2 (n=409)	Ngày 3 (n=409)	Ngày 5 (n=371)	Ngày 7 (n=143)	Ra viện (n=409)	
3. Chăm sóc loét miệng:							
- Bệnh nhi có loét miệng	338 (82,6)	339 (82,9)	312 (76,3)	117 (31,5)	14 (9,8)	6 (1,5)	
- Bôi/ ngậm thuốc (Phosphalugel)	338 (82,6)	339 (82,9)	312 (76,3)	117 (31,5)	14 (9,8)	6 (1,5)	4,18 ± 1,12
- Hướng dẫn trẻ/ bà mẹ vệ sinh răng miệng	338 (82,6)	339 (82,9)	312 (76,3)	117 (31,5)	14 (9,8)	6 (1,5)	
4. Chăm sóc BN rối loạn tiêu hóa:							
- Số BN có RLTH	323 (79,0)	299 (73,1)	271 (66,3)	222 (59,8)	79 (55,2)	196 (47,9)	Nôn, trớ: 1,39 ± 0,91
- Hướng dẫn bà mẹ nấu thức ăn và chia nhỏ bữa	323 (79,0)	299 (73,1)	271 (66,3)	222 (59,8)	79 (55,2)	196 (47,9)	Tiêu chảy: 1,84 ± 1,15
- Sử dụng thuốc hỗ trợ (kẽm)	279 (68,2)	275 (67,2)	260 (63,5)	216 (58,2)	78 (54,5)	196 (47,9)	Biếng ăn: 3,41 ± 1,21

Nhận xét: Khi vào viện bệnh nhi được điều trị theo phác đồ và chăm sóc theo quy trình. Những chăm sóc chính là chăm sóc bệnh nhi có sốt, có hồng ban/bọng nước trên da, có loét miệng và rối loạn tiêu hóa.

Chăm sóc bệnh nhi sốt: với trẻ sốt cao và rất cao điều dưỡng thực hiện y lệnh cho bệnh nhi dùng thuốc hạ sốt và lau mát bằng nước ấm; bệnh nhi sốt vừa cho uống hạ sốt và bệnh nhi sốt nhẹ được hướng dẫn tăng cường bú mẹ (nếu còn bú) và uống đủ nước, bỏ bớt quần áo và nằm phòng thoáng. Sốt bệnh nhi giảm nhanh và khi ra viện không còn bệnh nhi sốt. Thời gian hết sốt trung bình là 4,04 ± 1,39.

Chăm sóc bệnh nhi có hồng ban/bóng nước trên da: Tất cả các bà mẹ của 269 trẻ có

hồng ban/bóng nước được hướng dẫn cách mặc quần áo cho trẻ (quần áo rộng, vải mềm) để tránh cọ sát làm vỡ mụn nước. Các bà mẹ cũng được hướng dẫn cách tắm trẻ nhẹ nhàng mỗi ngày. Bệnh nhi được bôi thuốc đặc trị cho các trường hợp vỡ mụn nước hoặc đã bội nhiễm, tỷ lệ này tăng dần từ ngày 1 đến ngày 3 sau đó đến ngày 7 chỉ còn 3/26 bệnh nhi phải bôi thuốc. Thời gian hết hồng ban/bóng nước trên da là $4,74 \pm 1,13$ ngày.

Hướng dẫn 409 bà mẹ cách cho bệnh nhi uống nước, súc miệng bằng nước muối sinh lý, khi bị loét miệng. Với 399 bệnh nhi loét miệng: Thực hiện thoa niêm mạc miệng (với trẻ nhỏ) hoặc cho trẻ bị loét miệng ngậm Phosphalugel. Thời gian hết loét miệng là $4,18 \pm 1,12$ ngày.

Chăm sóc bệnh nhi rối loạn tiêu hóa: tỷ lệ bệnh nhi có tiêu chảy và nôn không cao. Có 79% trẻ có triệu chứng tiêu hóa đều được hướng dẫn chế biến thức ăn mềm, nhuyễn, chia nhiều bữa nhỏ; trong đó có 86,4 % (279) trẻ cần bổ sung hỗ trợ (kẽm). Biếng ăn là dấu hiệu gặp nhiều và giảm chậm nhất trong nhóm các triệu chứng rối loạn tiêu hóa, đến khi ra viện vẫn có tới 47,9% bệnh nhi còn biếng ăn. Thời gian trung bình hết biếng ăn của 52,1% bệnh nhi (213 bệnh nhi) là $3,41 \pm 1,21$ ngày.

Bảng 7. Kết quả chăm sóc, điều trị chung (n = 409)

Kết quả	SL	%
Tình trạng cuối cùng:		
- Khỏi, ra viện	286	69,9
- Bệnh giảm, ra viện	106	25,9
- Bệnh giảm chậm, ra viện	17	4,2
- Bệnh nặng, chuyển tuyến trên	0	0
- Tử vong	0	0
Thời gian nằm viện:		
- ≤ 7 ngày	346	84,6
- Trên 7 ngày	63	15,4

Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	6,32 ± 1,81	
Biến chứng bội nhiễm:		
- Không	354	86,6
- Có	55	13,4
+ Viêm phổi	44	10,7
+ Viêm da mủ	11	2,7

Tất cả 100% bệnh nhi được ra viện, trong đó: khỏi bệnh 69,9%, bệnh giảm nhiều 25,9%. Có 4,2% bệnh nhi giảm chậm và gia đình xin ra viện. Không có trường hợp nặng phải chuyển tuyến hoặc tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là $6,32 \pm 1,81$ ngày. Có 13,4% bệnh nhi bội nhiễm là viêm phổi và viêm da mủ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhi tay chân miệng

Tuổi và giới: Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm tuổi của bệnh nhi HFMD chủ yếu là dưới 5 tuổi, chiếm 97,6%, trong đó bệnh nhi dưới 3 tuổi chiếm 80,9%, đặc biệt bệnh nhi từ 12 đến dưới 36 tháng chiếm 70,4%. Tuổi trung bình là $24,5 \pm 14,0$ tháng. Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhi nam nhiều hơn bệnh nhi nữ (60,1% và 39,9%), tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Hiện nay tỷ lệ trẻ trai tự nhiên cao hơn trẻ gái cho nên đó là điều lý giải cho kết quả đó. Kết quả về tuổi và giới tính của bệnh nhi mắc HFMD trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều tác giả. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy, nhóm tuổi gặp tỷ lệ cao nhất là dưới 3 tuổi: nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng ở Bệnh viện Nhi Cần Thơ năm 2012 là 90,5% và tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1 [5]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Thiều cho thấy tỷ lệ bệnh nhi nam là 61,7% cao hơn nữ 38,3% và tỷ lệ nam/nữ là: 1,61/1 [6]; kết quả của Huỳnh Huy Trúc năm 2020 tại Bình Định [7] cho thấy bệnh tay chân miệng chủ yếu xảy ra ở độ tuổi từ 13-24 tháng (43,4%) và từ 7-12 tháng (32,5%) và tỷ lệ nam/nữ là 1,8; nghiên cứu của Ngô Thị Hoa [8] cũng công bố tỷ lệ bệnh nhi nam/nữ là 1/1,56 và bệnh chủ yếu gặp ở lứa tuổi dưới 3 tuổi, chỉ 1% trẻ trên 5 tuổi; tác giả Đào Ngọc Minh Quân [9] cho biết nhóm bệnh nhi HFMD dưới 5 tuổi chiếm 95,7% trong đó dưới 3 tuổi chiếm 91,7%.

Đặc điểm lâm sàng khi vào viện: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 49,1% bệnh nhi có tiền sử tiếp xúc nguồn lây rõ ràng; 11,2% trẻ đã từng bị bệnh TCM và thời gian bị bệnh trước khi vào viện chủ yếu 2-3 ngày (70,7%), thời gian trung bình là $2,4 \pm 1,0$ ngày. Khi vào viện tất cả bệnh nhi khi vào viện đều có sốt; loét miệng 82,6%; biếng

ăn 79%, ban/bọng nước trên da 65,8% và chủ yếu ở lòng bàn chân, bàn tay; biểu hiện thần kinh như run chi, giật mình, co giật là 29,7%; mạch nhanh 17,8%. Về đặc điểm cận lâm sàng: 70,4% bệnh nhi có bạch cầu trong máu tăng, trong đó tăng trên $16000/\text{mm}^3$ có 82 bệnh nhi, chiếm 20,0%. Xét nghiệm đường máu, CRP và test nhanh tìm virus EV 71 không được làm ở tất cả bệnh nhi và tỷ lệ bệnh nhi có thay đổi bệnh lý không nhiều. Phân độ bệnh, hầu hết bệnh nhi ở độ 1 và 2a, chiếm 90,5%; độ 2b chiếm 6,8% và độ 3 có 11 trẻ chiếm 2,7%. Không có bệnh nhi độ 4. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của nhiều tác giả khác đã công bố.

Kết quả nghiên cứu Huỳnh Huy Trúc [7] cho biết bệnh nhi thường nhập viện vào ngày thứ 1 và ngày thứ 2 của bệnh (chiếm lần lượt là 63,9% và 30,1%), với các lý do chủ yếu là xuất hiện ban/ bọng nước ở da, niêm mạc (90,4%), sốt (84,3%) và loét miệng (61,4%). Lúc mới vào viện, nhiệt độ của bệnh nhân phần lớn đều $\geq 37^\circ\text{C}$ (68,7%); trong đó, chủ yếu từ 38 đến dưới 39°C (32,5%). 100% bệnh nhân có phát ban, vị trí tổn thương được ghi nhận ở lòng bàn tay, bàn chân (100%); miệng (75,9%); gối (53,0%); mông (47%) và rải rác toàn thân gặp trong 21,7% trường hợp. Biểu hiện loét miệng xuất hiện ở 83,1% bệnh nhân; giật mình gặp trong 75,9% trường hợp. Có 81% bệnh nhân từng giật mình < 2 lần/30 phút tại nhà; 14,3% giật mình ≥ 2 lần /30 phút tại nhà và 4,8% giật mình lúc khám. Triệu chứng tiêu hóa thường gặp là bỏ ăn (68,7%) và nôn (21,7%); ít gặp triệu chứng hô hấp. Chủ yếu bệnh nhi có phân độ lâm sàng là độ 2a (61,4%). Kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Hoa [8] cho thấy 82,7% bệnh nhi có sốt, trong đó phần lớn là sốt nhẹ (43,6%) và sốt vừa (37,8%). Có 18,6% trường hợp sốt trên 39°C và 5 bệnh nhi sốt trên 41°C (2,4%). Những bệnh nhi sốt cao đều có liên

quan đến biến chứng. Tổn thương ở da và niêm mạc hiếm (53,9%; giật mình và run cơ gập ở 56,7%) và 10,6%. Về rối loạn tiêu hóa: Nôn và tiêu chảy chiếm tỷ lệ (10,1%). Như vậy, mặc dù EV71 xâm nhập cơ thể qua niêm mạc đường tiêu hóa và lan truyền chủ yếu bằng đường phân miệng nhưng triệu chứng tại đường tiêu hóa không phải là đặc điểm nổi bật. Tác giả cũng cho thấy chủ yếu bệnh nhi có phân độ lâm sàng nhẹ độ 1 chiếm 33,2% và 2a (37,5%) từ độ 2b nhóm 2 trở lên chiếm tỷ lệ 24%.

Đặc điểm cận lâm sàng: phần lớn bệnh nhi có bạch cầu $< 10.000 \text{ tb/mm}^3$ (54,2%); 39,8% có bạch cầu từ $10.000-16.000 \text{ tb/mm}^3$. Số lượng tiểu cầu đa số $\leq 400 \text{ tb/mm}^3$ (chiếm 91,6%) và CRP $\geq 6 \text{ mg/l}$ chiếm tỷ lệ cao (61,4%). Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thiếu và cộng sự [5] cho thấy đa số bệnh nhi mắc bệnh độ 1 và độ 2a, chiếm tỷ lệ 74,5% và 21,1%, không có trẻ mắc bệnh độ 3. Tỷ lệ bệnh nhi có tăng bạch cầu là 55%. Nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng, tỷ lệ bệnh nhi có bạch cầu tăng chiếm 35,5% và tỷ lệ CRP dương tính chiếm 39,2% [5]. Tác giả Nguyễn Thị Kim Thư [10] cho thấy có 20,9% bệnh nhi mắc TCM có tăng bạch cầu trên $16000/\text{mm}^3$ và 94,4% bệnh nhi tăng tốc độ máu lắng. Kết quả của Ngô Thị Hoa [8] cho thấy tỷ lệ bệnh nhi có thay đổi công thức máu chiếm tỷ lệ thấp giảm hồng cầu 14,4%, giảm Hb 4,3%, tăng bạch cầu 6,7%; tăng hoặc giảm tiểu cầu 9,6%; phần lớn các chỉ số sinh hóa máu trong giới hạn bình thường, chỉ có 13,9% trường hợp tăng CRP.

Bản chất của nhiễm virus không làm số lượng bạch cầu trong máu tăng cao nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi và của các tác giả vẫn có tỷ lệ không nhỏ bệnh nhi số lượng bạch cầu tăng và tỷ lệ thấp tăng CRP. Lý do của tình trạng này có thể do bội nhiễm các vết loét trên da hoặc nhiễm khuẩn tiêu hóa hoặc viêm phổi kèm theo.

4.2. Về kết quả chăm sóc, điều trị bệnh nhi

Bệnh TCM là bệnh do virus, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do vậy việc chăm sóc bệnh nhi của điều dưỡng góp phần quyết định đến kết quả cuối cùng. Chăm sóc khi bệnh nhi sốt phụ thuộc vào mức độ sốt của bệnh nhi, sốt vừa, sốt cao và rất cao cần cho bệnh nhi dùng hạ sốt và lau nước ấm nhưng sốt nhẹ chỉ cần uống đủ nước. Việc dùng thuốc hạ nhiệt cũng phụ thuộc vào thực trạng bệnh nhi. Chăm sóc hồng ban/bóng nước và loét miệng là vấn đề cần sự cẩn thận, tỷ mỉ của người điều dưỡng. Ngoài việc chăm sóc trực tiếp bệnh nhi, điều dưỡng còn hướng dẫn bà mẹ tắm, chăm sóc da, miệng và nuôi dưỡng trong thời gian bệnh nhi nằm viện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: trong quá trình nằm viện, bệnh nhi được điều trị theo phác đồ, được chăm sóc tốt theo đúng quy trình nên các triệu chứng của bệnh đều tiến triển tốt lên theo thời gian nằm viện và khi ra viện hầu hết bệnh nhi đều hết các dấu hiệu của bệnh. Tất cả 100% bệnh nhi được ra viện, trong đó: khỏi bệnh 69,9% , bệnh giảm nhiều 25,9%. Có 4,2% trẻ bệnh giảm chậm và gia đình xin ra viện. Không có trường hợp nặng phải chuyển tuyến hoặc tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là $6,32 \pm 1,81$ ngày. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác. Kết quả của Huỳnh Huy Trúc [7] cho biết, với phác đồ điều trị chủ yếu là hạ sốt (98,8%); ngoài ra còn có kháng sinh (86,7%), kháng histamin (73,5%), bù dịch (67,5%) và đặc biệt là chăm sóc trẻ bệnh của điều dưỡng, thời gian sốt của bệnh nhân thường ≤ 3 ngày (96,2%); trung bình là $2,1 \pm 0,9$ ngày. Đa số bệnh nhân ra viện sau 3 – 4 ngày (37,3% – 38,6%); ra viện sớm nhất sau 2 ngày (2,4%), lâu nhất là 8 ngày (1,2%); trung bình $3,9 \pm 1$ ngày. Tất cả bệnh nhân đều khỏi bệnh, không để

lại di chứng. Tác giả Ngô Thị Hoa [8] cũng cho biết hầu hết bệnh nhi được điều trị khỏi bệnh không để lại di chứng và thời gian nằm viện trung bình 6,1 ngày.

5. KẾT LUẬN

Đặc điểm bệnh nhi tay chân miệng: tuổi trung bình là $24,5 \pm 14,0$ tháng, trong đó dưới 5 tuổi chiếm 97,6%; tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Khi vào viện: 100% bệnh nhi có sốt; loét miệng 82,6%; 79% có biếng ăn; ban/bóng nước trên da 65,8%; biểu hiện thần kinh 29,7%; mạch nhanh 17,8%; 70,4% bệnh nhi có bạch cầu trong máu tăng và 19,1% bệnh nhi có nồng độ huyết sắc tố giảm; hầu hết bệnh nhi ở thể bệnh độ 1 và độ 2a (90,5%), không có bệnh nhi độ 4.

Bệnh nhi được chăm sóc theo đúng quy trình và được điều trị theo phác đồ, các triệu chứng giảm dần, thời gian trung bình hết sốt: $4,04 \pm 1,39$ ngày; hết hồng ban, bóng nước: $4,74 \pm 1,13$ ngày; hết loét miệng: $4,18 \pm 1,12$ ngày; hết nôn, trớ: $1,39 \pm 0,91$ ngày; hết tiêu chảy: $1,84 \pm 0,15$ ngày. Biếng ăn là dấu hiệu hết chậm nhất, khi ra viện còn 47,9% bệnh nhi vẫn biếng ăn.

Kết quả cuối cùng: 100% bệnh nhi khỏi bệnh được ra viện; Không có trường hợp nặng phải chuyển tuyến hoặc tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là $6,32 \pm 1,81$ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng. Ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của Bộ Y tế.

2. Chang L.Y, Shih S.R, Huang L.M, and Lin T.Y (2009), "Enterovirus 71 Encephalitis", *Pediatrics*, 56(3), pp 145-147.

3. Bộ Y tế, Cục Y tế dự phòng (2021). Công văn của Bộ Y tế về việc Tăng cường phòng chống dịch bệnh tay chân miệng. Công văn số 2527/BYT-DP ngày 6/4/2021.

4. Nguyễn Thị Lệ Quyên (2019). Hiệu quả chăm sóc trẻ tay chân miệng điều trị tại khoa Nhi 2, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2019. *Luận văn Thạc sĩ điều dưỡng*, Đại học Thăng Long.

5. Trần Đỗ Hùng và cộng sự (2012). 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. *Y học thực hành* (816) số 4/2012, tr 31-35.

6. Nguyễn Thị Thiều, Nguyễn Đình Thoại (2013). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh TCM tại Bệnh viện Nhi Quảng Nam trong năm 2012. Đề tài cấp tỉnh, năm 2013.

8. Huỳnh Duy Trúc, Lê Hoàng Thông (2020). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị các ca lâm sàng bệnh Tay-Chân-Miệng, tại khoa truyền nhiễm, bệnh viện đa khoa khu vực Bồng Sơn, năm 2019-2020. Sáng kiến cải tiến kỹ thuật của bệnh viện Đa khoa khu vực Bồng Sơn, tỉnh Bình Định năm 2020.

9. Ngô Thị Hoa, Phạm Thị Minh Khoa (2012). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh tay chân miệng do Enterovirus 71 tại Khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Huế năm 2012. *Tạp chí Nhi khoa*, tập 8, số 2, 2015, tr 18-25.

10. Đoàn Ngọc Minh Quân, Phan Công Hùng, Nguyễn Thị Thanh Thảo và CS (2017). Đặc điểm dịch tễ bệnh tay chân miệng tại khu vực phía Nam, giai đoạn 2013 – 2016. *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, số 11 năm 2017.

11. Nguyễn Kim Thư (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi rút gây bệnh Tay Chân Miệng tại Việt Nam. *Luận án Tiến sĩ chuyên ngành Truyền nhiễm và các bệnh Nhiệt đới*. Trường Đại học Y Hà Nội 2016.