

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG LÂM SÀNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

*Tôn Nữ Vân Anh, Rmah Din
Trường Đại học Y Dược Huế*

Đặt vấn đề

Mục tiêu: Bệnh tay chân miệng (TCM) do enterovirus gây nên, là một bệnh nhiễm trùng thường gặp ở trẻ em. Bệnh tay chân miệng do nguyên nhân enterovirus 71 có thể gây ra một số biến chứng nguy hiểm dẫn đến tử vong như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp. Việc phát hiện sớm các biểu hiện lâm sàng của các thể nặng góp phần giảm tỷ lệ tử vong. Mục tiêu của đề tài này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh tay chân miệng tại Khoa Nhi bệnh viện Trung ương Huế. **Phương pháp:** chọn mẫu ngẫu nhiên với tất cả bệnh nhi nhập viện từ tháng 2/2012 đến tháng 1/2013 được chẩn đoán tay chân miệng kèm làm xét nghiệm huyết thanh EV71. **Phương pháp nghiên cứu** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** với 441 trẻ bệnh tay chân miệng nhập viện, tác nhân gây bệnh do EV71 41,0% và 59,0% vì rút đường ruột khác. 97,5% dưới 5 tuổi. Nam/nữ 1,55/1. Nông thôn 68,5%. Đa số bệnh nhân nhập viện vào ngày thứ 2 và thứ 3 của bệnh (57,1%). Lý do nhập viện hay gặp là sốt và nổi ban, sốt 95,9%. Hầu hết bệnh nhân thuộc độ 1 và độ 2a (87,3%), độ 3 và 4 chỉ (4,5%). Hồng ban chiếm tỷ lệ cao hơn phỏng nước, vị trí ban lòng bàn chân hay gặp nhất.

Từ khóa: *Bệnh tay chân miệng*

Abstract

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS OF HAND FOOT AND MOUTH DISEASE IN HUE CENTRAL HOSPITAL

*Ton Nu Van Anh, Rmah Din
Hue University of Medicine and Pharmacy*

Objectives: Hand, foot and mouth disease (HFMD) caused by enterovirus, is a common infection in children. HFMD caused by enterovirus 71 can cause some serious complications, such as encephalitis-meningitis, myocarditis, pulmonary edema. The early detection of clinical manifestations of severe contribute to reducing mortality. So aim of this study to describe the clinical characteristics of hand foot and mouth disease in the Department of Pediatrics at Hue Central Hospital. **Methods:** Random sampling of all hospitalized patients from 1/2/2012 to 31/1/2013 diagnosed HFMD accompanied EV71 serum test. Method of cross-sectional descriptive study. **Results and conclusions:** with 441 patients admitted Hue Pediatrics Centre, 41.0% cause by EV71 and 59,0% cause by other enterovirus. 97.5% are under 5 years, male/female is 1.15/1. 68.5% countryside. Almost patients admitted in 2nd and 3rd day (57.1%). Hospitalized reasons are fever (95.5%) and erythema rash. Majority of patients are grade 1 and 2a (87.3%). Grade 3 and 4 only (4.5%). Erythema higher proportion of vesicle, rash on foot is common. **Key words:** *Hand, foot and mouth disease (HFMD)*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Enterovirus 71 và Coxsackievirus A16. Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối.

Bệnh có thể gây ra 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.

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế Giới, bệnh tay chân miệng đang đe dọa tính mạng, sức khỏe trẻ em ở các nước châu Á và có xu hướng trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu. Bệnh tay chân

- Địa chỉ liên hệ: Tôn Nữ Vân Anh, email: vananhtonnu@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.1.6

- Ngày nhận bài: 25/1/2013 * Ngày đồng ý đăng: 15/2/2014 * Ngày xuất bản: 5/3/2014

miệng được ghi nhận ở hầu hết các quốc gia thuộc khu vực Tây Thái Bình Dương với chu kỳ 2 đến 3 năm có một vụ dịch lớn. Bệnh thường tự khỏi, tuy nhiên trong những năm gần đây đã có nhiều bệnh nhân tử vong, đặc biệt tăng cao vào năm 2011. Riêng tại Trung Quốc chỉ tính năm 2009 đã có 353 trẻ tử vong, năm 2010 số tử vong tăng lên 876 trẻ, năm 2011 số tử vong là 506 trẻ.

Tại Việt Nam, dịch bệnh tay chân miệng đã xảy ra liên tiếp trong nhiều năm. Cả năm 2012 ghi nhận 157.654 trường hợp mắc tại 63 địa phương, trong đó đã có 45 trường hợp tử vong tại 15 tỉnh, thành phố.

Chẩn đoán tay chân miệng chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng và hoặc xét nghiệm vi rút có ý nghĩa chẩn đoán xác định. Cách thường dùng để xác định vi rút là phương pháp miễn dịch nhằm xác định kháng thể IgM lưu hành trong máu, phân lập virus hoặc kỹ thuật khuếch đại chuỗi gen.

Hiện nay, bệnh tay chân miệng chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, cũng như chưa có vắc xin phòng bệnh, việc điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng và biến chứng. Mặt khác các biện pháp vệ sinh và cách ly vẫn chưa thực sự không chế hiệu quả được sự lan tràn của bệnh. Vì vậy, việc theo dõi sát lâm sàng, phát hiện và điều trị sớm các thể nặng và biến chứng đóng vai trò quan trọng trong việc hạn chế tử vong. Vì những lý do trên, đề góp phần tìm hiểu thêm về đặc điểm lâm sàng bệnh tay chân miệng chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Nghiên cứu tình trạng lâm sàng bệnh tay chân miệng tại bệnh viện Trung ương Huế*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả các trẻ em nhập viện được chẩn đoán xác định bệnh tay chân miệng tại bệnh viện Trung Ương Huế.

- Trong khoảng thời gian từ tháng 2/2012 đến tháng 1/2013.

2.1. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu cắt ngang mô tả, dựa trên hỏi bệnh sử và khám lâm sàng.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh dựa theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế

+ Lâm sàng:

Có một các dấu hiệu sau:

Phồng nước điển hình hoặc loét ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không sốt.

+ Huyết thanh chẩn đoán EV71

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Tỷ lệ tác nhân gây bệnh tay chân miệng

Tác nhân	n	%
EV71 (+)	181	41,0
EV71 (-)	260	59,0
Tổng	441	100

Nhận xét: Trong 441 bệnh nhi nhập viện được chẩn đoán bệnh tay chân miệng có 41,0% dương tính với EV71.

Bảng 3.2. Phân bố theo tuổi

Tuổi	n	%
< 6 tháng	4	0,9
6 - < 12 tháng	82	18,6
12 - < 24 tháng	174	39,5
2 – 5 tuổi	170	38,5
> 5 tuổi	11	2,5
Tổng	441	100

Nhận xét: Bệnh gặp nhiều nhất ở trẻ em dưới 5 tuổi (97,5%).

Bảng 3.3. Phân bố theo giới

Giới	n	%
Nam	268	60,8
Nữ	173	39,2
Tổng	441	100
Nam/nữ	1,55/1	

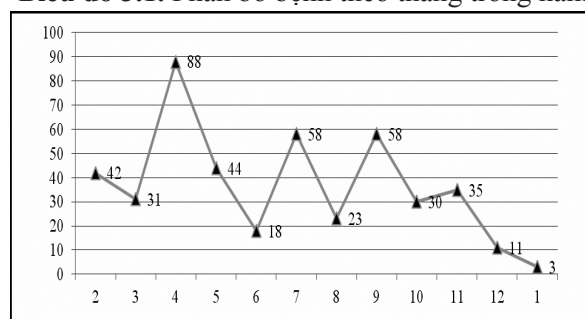
Nhận xét: Trẻ nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (60,8%), tỷ lệ nam/nữ là 1,55/1.

Bảng 3.4. Phân bố bệnh theo địa dư

Địa dư	n	%
Nông thôn	302	68,5
Thành thị	139	31,5
Tổng	441	100

Nhận xét: Vùng nông thôn chiếm tỷ lệ 68,5% cao hơn thành thị 31,5%

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh theo tháng trong năm



Nhận xét: Trẻ em nhập viện đỉnh cao vào tháng 4.

Bảng 3.5. Thời gian phát hiện bệnh

Thời gian (ngày)	n	%
1	42	9,5
2	132	29,9
3	120	27,2
4	112	25,4
5	18	4,1
6	12	2,7
7	5	1,1
Tổng	441	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh phát hiện vào ngày thứ 2 và thứ 3 của bệnh.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.7. Lý do nhập viện

Triệu chứng	n	%
Chỉ có ban trên da	13	2,9
Chỉ có loét miệng	5	1,2
Sốt + ban trên da	269	62,8
Sốt + loét miệng	7	1,6
Sốt + ban trên da + giật mình	136	30,8
Sốt + ban trên da + giật mình + run chi	3	0,7
Tổng	441	100

Nhận xét: Trẻ nhập viện phần lớn vì lý do sốt + nổi ban chiếm tỷ lệ 62,8%, tiếp theo sốt + ban trên da + giật mình 30,8%.

Bảng 3.6. Phân độ lâm sàng

Phân độ	n	%
Độ 1	169	38,3
Độ 2a	216	49,0
Độ 2b nhóm 1	17	3,9
Độ 2b nhóm 2	19	4,3
Độ 3	19	4,3
Độ 4	1	0,2
Tổng	441	100

Nhận xét: Bệnh gặp nhiều nhất độ 1 và độ 2a (87,3%).

Bảng 3.8. Đặc điểm sốt

Triệu chứng	n	%
Sốt nhẹ	182	41,3
Sốt vừa	180	40,8
Sốt cao	61	13,8
Không sốt	18	4,1
Tổng	441	100
	38,41 ± 0,82 (°C)	

Nhận xét: Trẻ có sốt chiếm tỷ lệ 95,9%, trong đó chiếm tỷ lệ cao là sốt nhẹ 41,3% và sốt vừa 40,8%, nhiệt độ trung bình 38,41 ± 0,82 (°C_x) và không sốt 4,2%.

Bảng 3.9. Đặc điểm loại ban và loét miệng

Loại ban	n	%
Chỉ hồng ban	114	25,9
Chỉ phỏng nước	57	12,9
Hồng ban + phỏng nước	258	58,5
Chỉ loét miệng	12	2,7
Tổng	441	100

Nhận xét: Kết hợp của 2 loại ban chiếm tỷ lệ cao nhất 58,5%, hồng ban chiếm tỷ lệ cao hơn phỏng nước (25,9% và 12,9%).

Bảng 3.10. Vị trí ban

Vị trí	n	%
Lòng bàn tay	371	84,1
Lòng bàn chân	387	87,8
Ban và loét miệng	351	79,6
Ở móng	71	16,1
Ở gôi	26	5,9

Nhận xét: Trong 441 ca nhập viện vị trí ban gặp nhiều nhất là lòng bàn chân (87,8%), lòng bàn tay (84,1%) và trong niêm mạc miệng (79,6%). Ban ít xuất hiện ở gôi và móng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu này, tất cả 441 bệnh nhân tay chân miệng vào viện đều được làm huyết thanh chẩn đoán EV71, kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có EV71 (+) chiếm 41,0% và vi rút đường ruột khác chiếm 59,0%, kết quả này có sự khác biệt với

nghiên cứu trong nước và ngoài nước [2,4]. Nhìn một cách tổng quát, có thể thấy phần lớn bệnh nhân tay chân miệng nhập viện đều ở độ tuổi từ 6 tháng tới 5 tuổi. Theo y văn, TCM gặp chủ yếu ở trẻ < 5 tuổi, nhất là ở trẻ < 3 tuổi, những trẻ lớn và người trưởng thành thường đã phơi nhiễm với bệnh và có miễn dịch nên thường ít mắc bệnh và nếu có mắc thì bệnh thường nhẹ, còn trẻ dưới 6 tháng còn khả năng miễn dịch từ mẹ truyền sang nên cũng không bị mắc bệnh. Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,55/1, theo y văn [7] bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước, nguyên nhân của sự khác biệt này còn chưa được sáng tỏ, tuy nhiên người ta nghi ngờ liên quan đến sự miễn dịch ở mức độ gen của ký chủ. Có tới 68,5% bệnh nhân mắc bệnh tay chân miệng vào viện phân bố ở nông thôn, còn lại 31,5% ở thành thị, sự khác nhau giữa vùng nông thôn và thành thị có thể do ảnh hưởng của kinh tế của từng vùng. Bệnh mắc theo tháng trong năm phân bố cao vào tháng 3-5 và tháng 7-10, đỉnh cao nhất vào tháng 4 trong năm, sự phân bố bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh tay chân miệng thường xảy ra vào tháng 3-5 và tháng 9-11 [8]. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận bệnh được phát hiện sớm nhất là một ngày và dài nhất là 1 tuần, tập trung từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 4 chiếm tỷ lệ 92,0% trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là vào ngày thứ 2 của bệnh chiếm 29,9% và ngày thứ 3 của bệnh 27,2%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do mà bệnh nhân vào viện chiếm tỷ lệ cao nhất là sốt + nổi ban 61,0%, tiếp theo là sốt + nổi ban + giật mình 38,0%, trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân vào viện với lý do chỉ có nổi ban là 2,9% và loét

miệng là 1,2%, kết quả này phù hợp với triệu chứng đặc trưng để nhận biết bệnh tay chân miệng đó là hai triệu chứng: sốt và nổi ban. Phân độ lâm sàng của bệnh tay chân miệng vào viện tại khoa Nhi bệnh viện Trung Ương Huế cho thấy bệnh gặp nhiều nhất từ độ 2a trở xuống 87,3%, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là độ 2a (49,0%) còn từ độ 2b trở lên chiếm tỷ lệ 12,7%. Sốt chiếm tỷ lệ 95,9% trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là sốt nhẹ 41,3%, tiếp theo là sốt vừa 40,8%, sốt cao là 13,8% và không có sốt là 4,1%. Nhiệt độ trung bình là $38,41 \pm 0,82$ °C. Như vậy qua kết quả trên ta thấy triệu chứng sốt không xuất hiện ở tất cả bệnh nhân mắc bệnh tay chân miệng. Phần lớn bệnh nhân vào viện có hồng ban kết hợp với phỏng nước (58,5%), chỉ có hồng ban chiếm tỷ lệ 26,1%, chỉ có phỏng nước chiếm 12,9 % và loét miệng chiếm 2,7% và vị trí ban. Vị trí ban hay gặp nhất là lòng bàn chân 87,8%, tiếp theo là lòng bàn tay 84,1%, miệng là 79,6%, mông là 16,1% và gò 5,9%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu một số nghiên cứu trong và ngoài nước. [3,5]

5. KẾT LUẬN

Qua 441 bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng tại Khoa Nhi bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 2/2012 đến 1/2013 cho thấy:

- Nguyên nhân do EV71 (+) chiếm 41,0% và vi rút đường ruột khác chiếm 59,0%.
- Bệnh hay gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi.
- Nông thôn chiếm tỷ lệ cao hơn thành thị.
- Sốt chiếm tỷ lệ 95,9%. Hồng ban chiếm tỷ lệ cao hơn phỏng nước.
- Chẩn đoán mức độ lâm sàng chủ yếu là độ 1 và độ 2a.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2011), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng (kèm theo Quyết định số 2554/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y Tế)*.
2. Chế Thanh Đoàn (2008), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Immunoglobulin trên bệnh nhân tay chân miệng nặng tại khoa Nhiễm Bệnh Viện Nhi Đồng 2”, *Tạp chí Y Dược học TP. Hồ Chí Minh*, 12(4), 24-30.
3. Trương Thị Chiết Ngự (2007), “Đặc điểm bệnh tay chân miệng tại bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2007”, *Tạp chí Y Dược học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 13(1), 219 - 223.
4. Chan L.G et al (2000), “Death of children during an outbreak of hand, foot and mouth disease in Sarawak Malaysia: clinical and pathological characteristics of the disease”, *For the Outbreak Study Group Clin Infect dis*, 31(3), 678-83.
5. Chang L.Y et al (2002), “Risk factors of enterovirus 71 infection and associated hand, foot, and mouth disease/herpangina in children during an epidemic in Taiwan”, *Pediatrics*, 109(6), 88.
6. Lu G et al (2011), “Enterovirus 71 and coxsackievirus A16 3C proteases: binding to rupintrivir and their substrates and anti-hand, foot, and mouth disease virus drug design”, *J Virol*, 85(19), 10319-10331.
7. WHO (2011), *A guide to clinical management and public health response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD)*.
8. WHO (2013), “Guidelines for the management of common childhood illnesses”, *Pocket of hospital care for children 2th*.