

- A before-after study. Transplant Proc. 2023; 55(1): 82-86. doi:10.1016/j.transproceed. 2022.10.005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36650028/>
3. **Castellani Nicolini N, Belfiore J, Biancofiore G.** Multimodal Pain Management of Liver Transplantation: What Is New? OBM Transplantation. 2023;7(4): 198. doi:10.21926/obm.transplant.2304198. <https://www.lidsen.com/journals/transplantation/transplantation-07-04-198>
 4. **Clarke S, Feeley T, Devitt J, et al.** A retrospective comparison of epidural and intravenous analgesia in liver transplant donors. Transplant Proc. 2011;43(10):3727-3730. doi:10.1016/j.transproceed.2011.06.008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21384514/>
 5. **De Pietri L, Siniscalchi A, Reggiani A, et al.** Analgesia after liver resection: a prospective study comparing continuous epidural and intrathecal morphine. J Clin Anesth. 2006;18(8):540-545. doi:10.1016/j.jclinane.2006.03.005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16551916/>
 6. **Feltracco P, Carollo C, Barbieri S, et al.** Pain control after liver transplantation surgery. Transplant Proc. 2014;46(7): 2300-2307. doi:10.1016/j.transproceed.2014.07.023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25242774/>
 7. **Gao Y, Liu L, Cui Y, Zhang J, Wu X.** Postoperative analgesia efficacy of erector spinae plane block in adult abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. Front Med (Lausanne). 2022;9:934866. doi:10.3389/fmed.2022.934866. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.934866/full>
 8. **Hausken J, Dahl V, Røssok BI, et al.** Thoracic epidural analgesia in liver transplantation: a 10-year cohort study. Transpl Int. 2021;34(4):674-684. doi:10.1111/tri.13856. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33437863/>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG NẶNG Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đào Hữu Nam¹, Lê Thị Ngọc Thương²,
Tạ Quang Thành³, Phạm Văn Đếm^{2,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh tay chân miệng nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, lấy số liệu hồi cứu: từ 01/07/2022 – 30/06/2024. Các trẻ có chẩn đoán bệnh tay chân miệng mức độ nặng Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** 113 trẻ mắc bệnh tay chân miệng, tỷ lệ nam/nữ là 2,1. Nhóm tuổi 12 – 35 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 77%, 100% trẻ có triệu chứng sốt, mụn nước tay chân, giết mình chiếm tỷ lệ 87,6%. Các triệu chứng ít gặp cơn ngưng thở, co giật, tím tái, huyết áp hạ. Cận lâm sàng số lượng bạch cầu nhập viện tăng nhẹ trung bình $13,1 \pm 4,3$ (G/L). Tỷ lệ EV71 (+) chiếm tỷ lệ cao 70,9% trên tổng số các bệnh nhân được làm xét nghiệm. Tỷ lệ PCR EV dương tính cao nhất ở trong phần (53,3%) và dịch họng 40% (14/35). Bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán ban đầu chủ yếu là tay chân miệng nhóm 2b nhóm 1 và 2b nhóm 2. Tỷ lệ chuyển từ độ từ độ 2b nhóm 1 lên 2b nhóm 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (10,6%). Điều trị bệnh nhân chân tay miệng chủ yếu dùng thuốc Phenobarbital uống (95,6 %), phenobarbital tiêm 14,2

%, dùng IVIG 35,4 %. Có 5,3% bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp. Đa số bệnh nhân khỏi chiếm 96,5%, tỷ lệ di chứng 3,5 % không có trường hợp tử vong. Có 3,5% bệnh nhân di chứng liệt mềm, yếu chi. **Kết luận:** Tay chân miệng đa số gặp ở trẻ nam. Triệu chứng lâm sàng chính là sốt, mụn nước tay chân và giết mình. Tỷ lệ PCR EV 71(+) chiếm tỷ lệ cao trong mẫu bệnh phẩm phân và dịch họng. Phát hiện, chẩn đoán, can thiệp điều trị sớm làm giảm các biến chứng và tỷ lệ tử vong tay chân miệng ở trẻ, hạn chế để lại di chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. **Từ khóa:** bệnh tay chân miệng nặng, EV71, trẻ dưới 5 tuổi.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF SEVERE HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics, paraclinical findings, and treatment outcomes of severe hand, foot and mouth disease (HFMD) in children under 5 years of age at the Vietnam National Children's Hospital. **Subjects:** A retrospective case series was conducted from July 1, 2022, to June 30, 2024, involving pediatric patients diagnosed with severe hand, foot and mouth disease (HFMD) admitted to the Vietnam National Children's Hospital. **Results:** A total of 113 pediatric patients were included, with a male-to-female ratio of 2.1:1. The majority (77%) were aged 12–35 months. All presented with fever; the most common clinical features were vesicular exanthema on the hands and feet and myoclonic jerks (87.6%). Less frequent

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Bắc Thăng Long

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Đếm

Email: phamdemhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

symptoms included apnea, seizures, cyanosis, and hypotension. Laboratory tests revealed mildly elevated leukocyte counts on admission (mean: 13.1 ± 4.3 G/L). Enterovirus 71 (EV71) was identified in 70.9% of tested cases. EV PCR positivity was highest in stool specimens (53.3%) and throat swabs (40%; 14/35 cases). Most patients were initially classified as HFMD grade 2b, group 1 or group 2. The most frequent progression was from grade 2b group 1 to 2b group 2 (10.6%). Treatment primarily involved oral phenobarbital (95.6%), intravenous phenobarbital (14.2%), and intravenous immunoglobulin (IVIG) in 35.4% of cases. Respiratory support was required in 5.3% of patients. The overall recovery rate was 96.5%, with 3.5% experiencing neurological sequelae, including flaccid paralysis and limb weakness. No mortality was reported. **Conclusion:** Hand, foot and mouth disease were mostly found in males. The main clinical symptoms are fever, blisters on hands and feet and convulsions. The rate of PCR EV 71(+) was high in stool and throat samples. Early detection, diagnosis and treatment intervention reduce complications and mortality rates of hand, foot and mouth disease in children, limiting sequelae that affect quality of life.

Keywords: Severe HFMD; Enterovirus 71 (EV71); Pediatric Patients Under Five.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm cấp tính do nhóm Enterovirus gây nên, bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ, có khả năng phát triển thành các vụ dịch lớn và gây ra những biến chứng nguy hiểm thậm chí dẫn tới tử vong nếu không phát hiện và xử trí kịp thời [1]. Theo báo cáo của Bộ Y tế trong quý 1 năm 2024 cả nước ghi nhận 6.700 trường hợp mắc tay chân miệng tăng gấp 2 lần so với cùng kỳ năm 2023. Hệ lụy do bệnh tay chân miệng gây ra cũng rất lớn, ảnh hưởng đến kinh tế gia đình, sức khỏe của trẻ thậm chí là tử vong. Những năm gần đây, mặc dù đã áp dụng nhiều biện pháp dự phòng tích cực nhưng tỷ lệ mắc bệnh tay chân miệng còn cao và diễn biến phức tạp. Do đó bệnh tay chân miệng vẫn luôn là vấn đề y tế quan trọng với Việt Nam và thế giới. Trung tâm Bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương là một trong những trung tâm đầu ngành trong điều trị các bệnh truyền nhiễm cấp tính cũng như tích cực trong công tác phòng chống dịch bệnh ở trẻ em tại Việt Nam. Mỗi năm Trung tâm tiếp nhận và điều trị số bệnh nhân tay chân miệng khá cao, trong đó có những bệnh nhân biến chứng nặng cần phải trải qua lọc máu, ECMO rất phức tạp. Các nghiên cứu về bệnh tay chân miệng đã có rất nhiều nghiên cứu về bệnh tay chân miệng nhưng hiện nay tỷ lệ mắc và tử vong còn ở mức cao, để có thể giải quyết can thiệp kịp thời cho bệnh nhân và cải thiện chất lượng điều trị. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Tay chân miệng nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022 – 2024.

2. Nhận xét kết quả điều trị bệnh tay chân miệng nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022 – 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Toàn bộ bệnh nhân từ 1 tháng đến dưới 5 tuổi được chẩn đoán tay chân miệng nặng tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong khoảng thời gian từ 01/07/2022 – 30/06/2024. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo hướng dẫn của Bộ Y tế [1].

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân tay chân miệng có kèm bệnh lý khác tại thời điểm trước khi mắc bệnh tay chân miệng như: nhiễm vi rút cấp tính khác, suy gan, suy thận, hội chứng thận hư, bệnh nền khác.

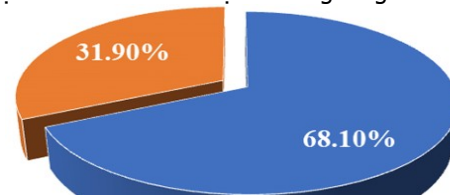
2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, lấy số liệu hồi cứu.

2.2. Cách thức nghiên cứu và các chỉ số nghiên cứu: chọn tất cả bệnh nhân từ 1 tháng đến dưới 5 tuổi, được chẩn đoán bệnh độ nặng điều trị nội trú theo một phác đồ thống nhất tại Bệnh viện Nhi Trung ương đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu. Thu thập các số liệu về đặc điểm nhân trắc học, lâm sàng, cận lâm sàng được thu thập theo bệnh án nghiên cứu theo mẫu thống nhất, các chỉ số nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, thời điểm nhập viện, triệu chứng lâm sàng khi khởi phát bệnh, các diễn biến lâm sàng, kết quả xét nghiệm máu, dịch tị hầu, phân, chẩn đoán hình ảnh, phân độ nặng của bệnh, các phương thức điều trị, thuốc điều trị, kết cục lúc ra viện [1].

2.3. Xử lý số liệu: Bệnh nhân được thu thập thông tin bằng một bệnh án nghiên cứu riêng, thống nhất, các số liệu được nhập vào phần mềm thống kê y học SPSS. 20.0 và xử lý bằng các test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi có 113 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc tay chân miệng ở bệnh nhân nam 68,10%, nữ 31,90%. Tỷ lệ nam/nữ là 2,1.



Biểu đồ 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 25,4 ($\pm 10,9$) tháng. Bệnh nhân phân bố nhiều ở nhóm tuổi 12 – 35 tháng chiếm 77%. Bệnh nhân nhỏ nhất là 2 tháng và lớn nhất là 55 tháng.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Lâm sàng	Tần số (n=113)	Tỷ lệ (%)
Sốt	113	100
Mụn nước tay, chân, mông	99	87,6
Giật mình	99	87,6
Loạng choạng	45	39,8
Run chi	42	37,2
Loét miệng	38	33,6
Nôn mửa	17	15
Mạch nhanh	16	14,2
Huyết áp tăng	10	8,8
Cổ cứng	7	6,2
Vạch màng não	7	6,2
Thở nhanh	6	5,3
Rối loạn tri giác	6	5,3
Liệt mềm, yếu chi	4	3,5
Cơn ngưng thở	3	2,7
Co giật	2	1,8
Tím tái	1	0,9
Huyết áp hạ	1	0,1

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là sốt chiếm 100%, sau đó mụn nước tay chân 87,6%, giật mình 87,6%, loạng choạng 39,8%, run chi 37,2%. Các triệu chứng ít gặp nhất là cơn ngưng thở, co giật, tím tái, huyết áp hạ.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số xét nghiệm	Trung bình ($\pm$ SD)	Trung vị (IQR)
Bạch cầu (G/L)	13,1 $\pm$ 4,3	12,5
Tiểu cầu (G/L)	356 $\pm$ 101,6	343
CRP (mg/L)	7,3 $\pm$ 13,2	3,6
Glucose (mmol/L)	5,4 $\pm$ 1,1	5,3
AST (U/L)	36,0 $\pm$ 14,3	34,2
ALT (U/L)	19,2 $\pm$ 12,6	14,9
Ure (mmol/L)	3,6 $\pm$ 1,1	3,6
Creatinin (μ mol/L)	29,2 $\pm$ 12,4	26,0
Troponin (ng/mL)	0,008 $\pm$ 0,026	0,002
CK – MB (U/L)	24,7 $\pm$ 15,1	22,8
NT proBNP (pg/mL)	15,8 $\pm$ 24,9	8,4

Nhận xét: Số lượng bạch cầu nhập viện tăng nhẹ có trung bình 13,1 $\pm$ 4,3 (G/L), tiểu cầu trong giới hạn bình thường có trung bình 356 $\pm$ 101,6 (G/L), Chỉ số CRP không tăng có trung bình 7,3 $\pm$ 13,2 (mg/L), Glucose trung bình 5,4 $\pm$ 1,1 (mmol/L). Các chỉ số khác trong giới hạn bình thường.

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm ELISA EV 71 và PCR EV của đối tượng nghiên cứu

Kết quả	Bệnh phẩm	Tần số	Tỷ lệ %
ELISA EV 71 (+)	Máu (n=103)	73	70,9
	Dịch não tủy (n=74)	0	0
PCR EV (+)	Dịch họng (n=35)	14	40,0
	Phân (n=15)	8	53,3

Nhận xét: Tỷ lệ EV71 (+) chiếm tỷ lệ cao 70,9% trên tổng số các bệnh nhân được làm xét nghiệm, Tỷ lệ PCR EV dương tính trong dịch họng 40% (14/35), PCR EV dương tính trong phân 53,3% (8/15), không trường hợp PCR EV dương tính trong dịch não tủy.

Bảng 4: Xét nghiệm công thức máu trước điều trị

Phân độ	N (n=113)	Tỷ lệ (%)
Độ 2a	7	6,2
Độ 2b nhóm 1	63	56,6
Độ 2b nhóm 2	36	32,7
Độ 3	1	0,9
Độ 4	0	0
Chẩn đoán khác	4	3,5

Nhận xét: Bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán ban đầu chủ yếu là tay chân miệng nhóm 2b nhóm 1 và 2b nhóm 2. có tỷ lệ nhỏ bệnh nhân vào viện với chẩn đoán khác 3,5% như viêm loét họng, sốt do vi rút.

Bảng 5: Tỷ lệ chuyển độ trong quá trình bệnh nhân nằm viện

Phân độ khi nhập viện	Tỷ lệ chuyển độ nặng hơn (%)			
	Độ 2b nhóm 1	Độ 2b nhóm 2	Độ 3	Độ 4
Độ 2a	5,3	0	0	0
Độ 2b nhóm 1	0	10,6	0,9	0
Độ 2b nhóm 2	0	0	1,8	0
Độ 3	0	0	0	0

Ngày chuyển độ trung bình 3,2 $\pm$ 1 (1 – 5) ngày

Nhận xét: Tỷ lệ chuyển từ độ 2a lên 2b nhóm 1 chiếm 5,3%, từ độ 2b nhóm 1 lên 2b nhóm 2 chiếm 10,6%, độ 2b nhóm 2 lên độ 3 chiếm 1,8%.

Bảng 6. Các loại thuốc được sử dụng điều trị bệnh tay chân miệng

Thuốc điều trị	Tần số (n=113)	Tỷ lệ %
Phenobarbital uống	108	95,6
Phenobarbital tiêm	16	14,2

IVIG	40	35,4
Manitol	10	8,8
Natri clorid 3%	7	6,2
Milrinone	3	2,7
Thở oxy hỗ trợ	5	4,4
Thở máy	1	0,9
Thuốc kháng sinh	11	9,7

Nhận xét: Tỷ lệ dùng thuốc Phenobarbital uống cao 95,6%, phenobarbital tiêm 14,2%, dùng IVIG 35,4%. Trường hợp hỗ trợ hô hấp chiếm 5,3%. Không có trường hợp lọc máu và chạy ECMO.

Bảng 7. Đặc điểm kết quả điều trị chung

Kết quả	Số bệnh nhân (n=113)	Tỷ lệ (%)
Khỏi	109	96,5
Di chứng	4	3,5
Tử vong	0	0
Thời gian điều trị trung bình	6,29 ± 2,8 (2 – 15)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân khỏi chiếm 96,5%, tỷ lệ di chứng 3,5 % không có trường hợp tử vong. Có 4/113 (3,5%) bệnh nhân di chứng, di chứng chỉ có liệt mềm, yếu chi. Không có các di chứng khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình mắc bệnh bệnh là 25,42 ± 10,890 (2 – 55) tháng tuổi, thấp nhất là 2 tháng và cao nhất là 55 tháng. Nhóm tuổi từ 12 – 35 tháng chiếm tỷ lệ cao 77% tương đương với nghiên cứu của Ngô Thị Mai Phương (2024) độ tuổi trung bình là 23,3 ± 15,5 tháng [2]. Tuy nhiên tỷ lệ nam/nữ của chúng tôi 2,1 ghi nhận cao hơn so với các tác giả Nguyễn Kim Thư (2016), tỷ lệ nam/nữ là 1,7 trong đó trẻ dưới 5 tuổi (97%), trẻ dưới 3 tuổi 88,4% [3], Bo Chen và cộng sự (2021) cũng cho tỷ lệ nam/ nữ là 1,6. độ tuổi trung bình 23,3 ± 15,5 tháng [2].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Trong nghiên cứu này, sốt chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, sau đó mụn nước tay chân,giật mình chiếm 87,6 %. Kết quả này cũng khá tương đồng với các nghiên cứu ở các nước trong khu vực, cho thấy tỷ lệ có tổn thương da thay đổi từ 79% đến 88% [4] [5].Trong nghiên cứu kết quả cận lâm sàng, xét nghiệm công thức máu số lượng bạch cầu tăng nhẹ trung bình 13,1 ± 4,3 G/L, giá trị nhỏ nhất là 4,6 lớn nhất là 28,5 G/L. CRP trung bình 7,3 ± 13,2 mg/L thấp nhất 0,1mg/L và cao nhất là 87 mg/L. Các chỉ số khác trong giới hạn bình thường. So với Ngô Thị Mai Phương (2024) không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình số lượng bạch cầu

giữa nhóm nặng và nhóm không nặng [2]. Xét nghiệm Elisa EV71 máu kết quả EV71 (+) chiếm tỷ lệ cao 64.6% trên tổng số các bệnh nhân được làm xét nghiệm máu. Tương đương với Nguyễn Văn Lâm và cộng sự (2022) nghiên cứu về các tuýp huyết thanh của Enterovirus gây bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 1018 – 2019 trên 147 mẫu xác định được tuýp huyết thanh có EV71 chiếm 68,8% CA6 10,9%, echovirus 5,8% [6]. Phần độ lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện chủ yếu thuộc 2b nhóm 1 chiếm 56,6% và 2b nhóm 2 32,7%. Có 1 tỷ lệ nhỏ 3,5% bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán khác, được điều trị tại khoa lâm sàng khác khi xuất hiện triệu chứng mới chuyển về khoa. Mặc dù số lượng không nhiều nhưng khâu sàng lọc ban đầu nhân viên tiếp cận cần hỏi và khám kĩ về lâm sàng cũng như tiền sử bệnh để tránh sót bệnh nhân.Để giúp các thầy thuốc lâm sàng tiên lượng trong quá trình điều trị chúng tôi tiến hành khảo sát tỷ lệ chuyển độ trong quá trình nằm viện tỷ lệ chuyển độ từ 2a lên 2b nhóm 1 chiếm 5,3%, độ 2b nhóm 1 lên 2b nhóm 2 chiếm 10,6%, độ 2b nhóm 2 lên độ 3 chiếm 1,8%. Ngày chuyển độ trung bình 3,2 ± 1(1 – 5) ngày. Đây là những điểm đáng chú ý khi điều trị bệnh nhân Tay chân miệng, nhân viên y tế cần lưu ý sát những bệnh nhân trong đối tượng có khả năng chuyển độ cao và trong thời điểm ngày chuyển độ, cho bệnh nhân nằm trong phòng cấp cứu, theo dõi liên tục để phát hiện những dấu hiệu chuyển độ sớm xử trí kịp thời tránh để bệnh nhân diễn biến nặng. So với nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư (2012) tỷ lệ chuyển độ nặng hơn trong quá trình nằm viện từ độ 2A, 2B và độ 3 lần lượt là 11,9%, 27,3% và 7,1%. Tỷ lệ chuyển độ 3 của nhóm 2B cao nhất, chiếm 25,8% trong khi tỷ lệ chuyển độ 3 của nhóm 1 và 2A chỉ là 2,5% và 4,6%. Không có bệnh nhân độ 1 nào chuyển độ 4 [3].

4.3. Điều trị. Trong nghiên cứu về điều trị bệnh Tay chân miệng nặng tỷ lệ dùng thuốc Phenobarbital uống cao 95,6 %, phenobarbital tiêm 14,2 %, dùng IVIG 35,4 %. Trường hợp can thiệp hỗ trợ hô hấp 4,4 %, đặt nội khí quản 0,9 %, thở máy 0,9 %. Không có trường hợp lọc máu và chạy ECMO. Theo Jahan shah và cộng sự (2020) ghi nhận điều trị IVIG và glucocorticoidcos thể giảm tỷ lệ di chứng thần kinh trên bệnh nhân đến 30% [2]. Theo Nguyễn Minh Tiến (2024), tại khoa hồi sức Bệnh viện Nhi đồng thành phố trong khoảng thời gian 5/2023 – 9/2023cho thấy tỷ lệ dùng an thần phenobarbital 82,4%, manitol 20% là 18,9%, NaCl 3% là 28,4%, IVIG truyền tĩnh mạch 1 liều

32,4%, 2 liều 67.4% [7]. Kết quả điều trị tỷ lệ bệnh nhân khỏi hoàn toàn chiếm 96,5%, tỷ lệ di chứng 3,5 % không có trường hợp tử vong. Trong 3,5% bệnh nhân di chứng, di chứng chỉ có liệt mềm, yếu chi. Không có các di chứng khác. Tỷ lệ hồi phục sau 1 đến 2 tháng theo dõi tương đương với kết quả nghiên cứu Eben Jones (2018), Kevin Mesacar, et al[8].

V. KẾT LUẬN

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm thường gặp ở trẻ nhỏ, dễ bùng phát thành dịch. Bệnh thường nhẹ, biểu hiện bằng sốt, loét miệng và phỏng nước ở tay chân. Tuy nhiên, cần nhập viện theo dõi khi có dấu hiệu biến chứng thần kinh hoặc tim mạch. Do tỉ lệ phát hiện EV71 thấp (khoảng 8,8%), chẩn đoán vẫn chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng. Phát hiện, chẩn đoán, can thiệp điều trị sớm làm giảm các biến chứng và tỷ lệ tử vong Bệnh tay chân miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2024). Quyết định về việc ban hành hướng dẫn, chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân

miệng, Quyết định số 292/QĐ-BYT.

2. Nguyễn Thị Mai Phương và cộng sự. (2024). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tay chân miệng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023. 03(47), 40–46.
3. Nguyễn Kim Thư (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên virus gây bệnh tay chân miệng tại Việt Nam. Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
4. Shah V.A., Chong C.Y. C.K.P. et al. (2003). Acta Pediatr. Clin Charact outbreak hand, foot mouth Dis Singapore, 32(3), 381-387
5. Wang S., Liu C.C. T.H.W. et al. (1999). CID. Clin Spectr Enterovirus 71 Infect Child South Taiwan, with an Emphas Neurol Complicat, 29, 184-190.
6. Nguyễn Văn Lâm và Nguyễn Phương Hạnh. (2022). Các tuýp huyết thanh của Enterovirus gây bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Nhi Trung ương. 152(2013).
7. Nguyễn Minh Tiến và cộng sự. (2024). Điều trị bệnh tay chân miệng biến chứng nặng. 03(47), 32–39.
8. Jones E., Pillay T.D., Liu F. et al. (2018). Outcomes following severe hand foot and mouth disease: A systematic review and meta-analysis. Eur J Paediatr Neurol, 22(5), 763–773.

TẮC MẠCH HÓA CHẤT SIÊU CHỌN LỌC SỬ DỤNG HẠT VI CẦU TẢI THUỐC DC BEAD M1 TRONG ĐIỀU TRỊ TIỀN PHẪU UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN SỚM: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Nguyễn Văn Mạnh¹, Nguyễn Tiến Thịnh¹, Trần Tùng Lâm¹,
Đinh Trường Giang¹, Trần Thị Ánh Tuyết¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹,
Mai Thanh Bình¹, Nguyễn Hải Hà¹, Nguyễn Thị Huế¹, Hoàng Nghĩa Quốc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của kỹ thuật tắc mạch hóa chất siêu chọn lọc sử dụng hạt vi cầu DC Bead M1 trong kiểm soát trước mổ các trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) giai đoạn sớm có nguy cơ tái phát cao, nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị triệt căn. **Phương pháp:** Báo cáo một trường hợp lâm sàng, bệnh nhân nữ 50 tuổi, tiền sử viêm gan virus B mạn được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) giai đoạn sớm, với khối u giàu mạch máu và chỉ điểm sinh học tăng cao (AFP >1660 UI/ml, PIVKA-II = 2831 mAU/ml). Bệnh nhân được điều trị tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu tải thuốc (DEB-TACE) siêu chọn lọc bằng hạt vi cầu DC Bead M1 tải Doxorubicin. Sau 1 tháng, bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan triệt căn và theo dõi đến thời điểm hiện tại

trong vòng 6 tháng. **Kết quả:** Sau DEB-TACE siêu chọn lọc, khối u hoại tử hoàn toàn trên hình ảnh học, nồng độ AFP và PIVKA-II giảm rõ rệt. Mô bệnh học sau phẫu thuật xác nhận hoại tử hoàn toàn không còn tế bào ác tính. Sau 6 tháng theo dõi, bệnh nhân không ghi nhận tái phát, chức năng gan được bảo tồn. **Kết luận:** DEB-TACE siêu chọn lọc có thể là chiến lược hiệu quả trong kiểm soát trước mổ các trường hợp UTBMTBG giai đoạn sớm có yếu tố nguy cơ tái phát cao, góp phần nâng cao tỷ lệ điều trị triệt căn và cải thiện tiên lượng ngắn hạn. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, tắc mạch hoá chất gan siêu chọn lọc

SUMMARY

SUPERSELECTIVE TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION USING DRUG ELUTING BEAD DC BEAD M1 FOR PREOPERATIVE TREATMENT OF EARLY-STAGE HEPATOCELLULAR CARCINOMA:

A CASE REPORT

Objective: To evaluate the role of superselective transarterial chemoembolization (TACE) in the initial management of early-stage hepatocellular carcinoma

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Mạnh

Email: manhnghuyenq@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.7.2025