

cao, nhưng vẫn cần nỗ lực cải tiến hơn nữa để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Đa số người bệnh trong nghiên cứu ở độ tuổi cao (tuổi trung bình 72,6), nhiều bệnh lý mạn tính kèm theo, chủ yếu là tăng huyết áp (48,8%); có 57,1% người bệnh đã điều trị bệnh TSLTTTL trước khi nhập viện. Triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ cao nhất là tiểu khó (74,0%). Đa số người bệnh có thể tích TTL lớn (trung bình 62,7 ml). Xét nghiệm sinh hóa trước phẫu thuật đa số nằm trong giới hạn bình thường. Nước tiểu có 51,2% có hồng cầu niệu dương tính; 51,8% bạch cầu niệu dương tính và Nitrit niệu dương tính ở 11,2%.

Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật: Có 82,3% người bệnh được chăm sóc tốt; 17,7% người bệnh được chăm sóc mức trung bình; không có người bệnh nào chăm sóc ở mức kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đức Hòa, Trần Đức** (2018), U phì đại lành tính tuyến tiền liệt: Những vấn đề chọn lọc, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật, Hà Nội.
2. **Abrams P., Chapple C., Khoury S. et al** (2009), Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in older men, *J Urol*, 181(4), 1779-1787.
3. **Võ Hiếu Nghĩa, Lê Quang Trung** (2024), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương

pháp cắt đốt nội soi tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, *Tạp chí Y học Cần Thơ*, 77/2024, 162-169.

4. **Danh Hào, Đàm Văn Cương** (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tăng sinh tuyến tiền liệt bằng phương pháp cắt đốt nội soi trên bệnh nhân có bệnh mạn tính tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ và Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 50/22, 93-100.
5. **Nguyễn Ngọc Trang, Nguyễn Văn Hóa** (2025), Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 546(2), 288-291.
6. **Fallara G., Capogrosso P., Schifano N. et al** (2021), Ten-year Follow-up Results After Holmium Laser Enucleation of the Prostate, *Eur Urol Focus*, 7(3), 612-617.
7. **Vũ Minh Đức, Đỗ Trường Thành** (2022), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2020-2022, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 521(1), 37-40.
8. **Sỹ Thị Thanh Huyền** (2022), Kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật sỏi thận và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Xanh Pôn, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
9. **Nguyễn Sỹ Trang** (2022), Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nội soi sỏi tiết niệu tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
10. **Vũ Trí Nhân** (2024), Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật u phì đại tuyến tiền liệt lành tính và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG VÀ DIỄN TIẾN CỦA TAY CHÂN MIỆNG NẶNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ NĂM 2023

Kiều Quốc Thanh¹, Phùng Nguyễn Thế Nguyên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm thường gặp ở trẻ nhỏ, trong đó một tỷ lệ không nhỏ diễn tiến nặng và có thể gây biến chứng thần kinh, hô hấp, tuần hoàn đe dọa tính mạng. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và diễn tiến của các ca tay chân miệng nặng tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 811 bệnh nhi

tay chân miệng nặng (độ 2b trở lên) điều trị nội trú từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2023. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử và phân tích bằng phương pháp thống kê mô tả. **Kết quả:** Tay chân miệng nặng chiếm 26,6% tổng số ca nhập viện trong năm. Bệnh chủ yếu xảy ra ở trẻ dưới 3 tuổi (72%), nam chiếm ưu thế (63%). Biểu hiện thần kinh thường gặp gồm giật mình (44,7%), run chi/thất điều (56,5%), viêm màng não (28,2%). Suy hô hấp gặp ở 19,3%, tăng huyết áp 10,8%, và sốc 1,6%. Có 273 ca (33,6%) chuyển độ trong quá trình điều trị; 10,5% phải đặt nội khí quản và 1,85% cần lọc máu. **Kết luận:** Tay chân miệng nặng diễn tiến phức tạp với nhiều biểu hiện thần kinh và tổn thương đa cơ quan. Phát hiện sớm và xử trí kịp thời là yếu tố then chốt giúp cải thiện tiên lượng bệnh nhân.

Từ khóa: Tay chân miệng; Enterovirus A71; Tay chân miệng nặng; Diễn tiến bệnh

¹Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố

²Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025

SUMMARY**EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF SEVERE HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE IN CHILDREN AT A TERTIARY HOSPITAL IN SOUTHERN VIETNAM IN 2023**

Background: Hand, foot, and mouth disease (HFMD) is a common pediatric infection. A significant proportion of cases may progress to severe forms with neurological, respiratory, and circulatory complications. This study aimed to describe the epidemiological, clinical characteristics, and disease progression of severe HFMD cases at Children's Hospital of Ho Chi Minh City in 2023. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 811 hospitalized children diagnosed with severe HFMD (grade 2b or higher) from January to December 2023. Data were collected from electronic medical records and analyzed using descriptive statistics. **Results:** Severe HFMD accounted for 26.6% of total HFMD hospitalizations. Most cases were under 3 years of age (72%) and male (63%). Common neurological signs included myoclonus (44.7%), ataxia/tremors (56.5%), and meningitis (28.2%). Respiratory failure occurred in 19.3%, hypertension in 10.8%, and shock in 1.6%. A total of 273 cases (33.6%) progressed to more severe stages during hospitalization. Endotracheal intubation was performed in 10.5% and continuous renal replacement therapy in 1.85%. **Conclusion:** Severe HFMD is associated with complex clinical progression and multiorgan involvement. Early recognition and timely management play a critical role in improving patient outcomes.

Keywords: Hand, foot and mouth disease; Enterovirus A71; Severe HFMD; Disease progression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tay chân miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do các chủng virus thuộc nhóm Enterovirus gây ra, thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi. Trong số các tác nhân, Enterovirus A71 (EV-A71) được xem là chủng gây bệnh nặng và liên quan mật thiết đến các biến chứng thần kinh, tim mạch và hô hấp. Mặc dù phần lớn các trường hợp TCM diễn tiến nhẹ và tự giới hạn, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có thể chuyển nặng nhanh chóng và gây tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Tại Việt Nam, các đợt bùng phát dịch TCM xảy ra gần như hằng năm, trong đó các đợt dịch có sự lưu hành chủng EV-A71 thường đi kèm với số lượng ca bệnh nặng và tử vong tăng cao. Đặc biệt trong năm 2023, khu vực phía Nam ghi nhận sự gia tăng nhanh chóng các ca TCM nặng, trong đó TP. Hồ Chí Minh là nơi tiếp nhận và điều trị số lượng lớn bệnh nhi từ nhiều tỉnh thành khác. Bệnh viện Nhi đồng Thành phố – một trong những trung tâm điều trị tuyến cuối – đã ghi nhận nhiều trường hợp TCM nặng với diễn tiến

phức tạp, nhiều bệnh nhi phải hồi sức tích cực, thở máy hoặc lọc máu, và một số trường hợp tử vong dù đã can thiệp tích cực.

Tuy vậy, dữ liệu cập nhật về đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, và diễn tiến của các ca TCM nặng tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố trong năm 2023 vẫn còn hạn chế. Việc mô tả toàn diện các yếu tố này không chỉ giúp hiểu rõ hơn đặc điểm của đợt dịch mà còn cung cấp cơ sở khoa học để xây dựng các chiến lược phát hiện sớm, điều trị kịp thời và phòng ngừa hiệu quả bệnh tay chân miệng nặng trong thời gian tới.

Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và diễn tiến của các trường hợp tay chân miệng nặng điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố trong năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Mục tiêu nghiên cứu**

1. Xác định đặc điểm dịch tễ học (tuổi, giới tính, địa phương, thời điểm nhập viện) của bệnh nhi tay chân miệng nặng.

2. Mô tả các biểu hiện lâm sàng và phân độ tay chân miệng theo hướng dẫn của Bộ Y tế/WHO.

3. Phân tích diễn tiến lâm sàng

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán tay chân miệng độ nặng (độ 2B trở lên) theo phân độ của Bộ Y tế/WHO, điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về chẩn đoán, điều trị và kết cục.

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tay chân miệng độ nặng (độ 2B, 3, hoặc 4).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin quan trọng (lâm sàng hoặc kết cục).

- Bệnh nhi chuyển viện đến trong giai đoạn cuối mà không thể ghi nhận đầy đủ diễn tiến lâm sàng tại viện.

Thu thập dữ liệu. Dữ liệu được thu thập từ hệ thống lưu trữ hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh viện, bao gồm:

- Thông tin hành chính: tuổi, giới, địa phương cư trú.

- Thời gian khởi phát bệnh, ngày nhập viện, thời điểm chuyển độ nặng.

- Biểu hiện lâm sàng: sốt, phát ban, loét miệng, giật mình, run chi, khó thở,...

- Diễn tiến điều trị: thời gian nằm viện,

phương pháp điều trị hỗ trợ (thở máy, lọc máu,...).

Xử lý và phân tích số liệu

- Phân tích mô tả: tần số, tỷ lệ phần trăm đối với biến định tính; trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR) cho biến định lượng.
- So sánh giữa các nhóm độ nặng (2B1 vs 2B2, độ 3,...): dùng test Chi-square, Fisher hoặc Mann–Whitney tùy loại biến.
- Phân tích thực hiện bằng phần mềm SPSS hoặc R.

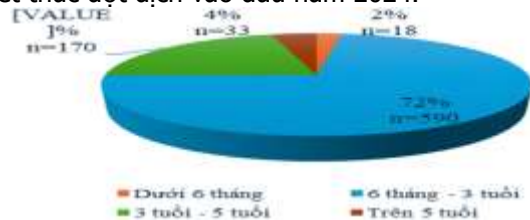
Đạo đức nghiên cứu: Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các quy định về bảo mật thông tin cá nhân; được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Nhi đồng Thành phố theo quyết định số: 580/QĐ-BVNĐTP

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học. Trong năm 2023, tổng số ca tay chân miệng điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố là 3.045 ca. Trong đó, có 811 trường hợp được phân loại là tay chân miệng nặng (từ độ 2b trở lên), chiếm 26,6%.

Bệnh nhân nam chiếm 63%, nữ chiếm 37%. Nhóm tuổi từ 6 tháng đến <3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (72%), kế đến là nhóm từ 3 đến <5 tuổi (21%). Nhóm dưới 6 tháng và trên 5 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhưng có biểu hiện bệnh nặng hơn, đòi hỏi can thiệp điều trị tích cực.

Theo diễn tiến dịch tễ, số ca nặng gia tăng từ tháng 6 đến tháng 12, phù hợp với mô hình lưu hành virus tại khu vực phía Nam. Đỉnh dịch ghi nhận vào tháng 7, 8 và 10 với mỗi tháng có 208 ca nặng. Số ca giảm dần vào tháng 11 và kết thúc đợt dịch vào đầu năm 2024.



Hình 3.1. Phân bố số ca theo tuổi

3.2. Biểu hiện lâm sàng và phân độ bệnh

Lý do nhập viện. Trong 811 ca nặng, giật mình là lý do nhập viện phổ biến nhất (407 ca, 44,7%), tiếp đến là sốt kéo dài (184 ca, 20,2%), chuyển viện từ tuyến dưới (137 ca, 16,8%). Các triệu chứng khác ít gặp gồm: nôn ói (1,6%), ăn kém (1,5%), co giật (1,3%), đi loạng choạng (1%), loét miệng (1,1%), bóng nước (1%), yếu chi (0,3%), tiêu lỏng (0,2%) và lý do khác (1%).

Phân độ bệnh

- **Phân độ lúc nhập viện:** độ 2b nhóm 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (445 ca, 54,9%), tiếp theo

là độ 2b nhóm 2 (163 ca, 20,1%), độ 3 (50 ca, 6,2%), độ 4 (10 ca, 1,2%), và các chẩn đoán không phân độ như loét họng, độ 2a (16,8%).

- **Phân độ lúc ra viện:** độ 2b nhóm 1 (57,4%), độ 2b nhóm 2 (22,7%), độ 3 (17,8%) và độ 4 (2,1%).

Tổng cộng có 273 ca chuyển độ trong quá trình điều trị (33,6%), trong đó có trường hợp chuyển từ độ 1 lên độ 3, thể hiện diễn tiến nhanh và độc lực thần kinh mạnh của chủng EV-A71. Riêng nhóm 2b nhóm 2 có tỷ lệ chuyển độ lên độ 3 là 30%.

Triệu chứng hô hấp. Trong nhóm bệnh nhi tay chân miệng nặng, triệu chứng hô hấp xuất hiện ở 170 trường hợp. Dấu hiệu thường gặp nhất là thở nhanh, chiếm 20% tổng số ca. Rút lõm ngực được ghi nhận ở 12,1%, rale phổi ở 13,3%, và giảm oxy máu ($SpO_2 < 92\%$) chiếm 5,1%. Một số biểu hiện ít gặp nhưng mang tính cảnh báo cao bao gồm thở rít (2,3%), khô khè (3%), thở bụng (3,2%), cơn ngưng thở (2,2%) và tím tái (1,7%). Ngày khởi phát triệu chứng hô hấp trung bình là ngày thứ tư của bệnh (IQR: 4–5), tuy nhiên có ca biểu hiện ngay từ ngày đầu, hoặc muộn đến ngày thứ bảy – thường liên quan đến bội nhiễm hoặc biến chứng hô hấp thứ phát.

Triệu chứng thần kinh. Triệu chứng thần kinh là nhóm biểu hiện đặc trưng và nổi bật nhất ở các ca tay chân miệng nặng. Run chi hoặc thất điều là triệu chứng thường gặp nhất, ghi nhận ở 56,5% bệnh nhân. Rối loạn tri giác xảy ra ở 7% số ca, trong đó một số trường hợp có biểu hiện sớm và cần hồi sức thần kinh. Phù não chiếm 6%, yếu chi chiếm 4,3%, và co giật hoặc co gồng gập ở 2,3% số ca. Các triệu chứng hiếm gặp như liệt dây sọ (0,5%), tăng trương lực cơ (0,2%) và rung giật nhãn cầu (0,1%) cũng được ghi nhận, phản ánh tổn thương khu trú hoặc lan tỏa của hệ thần kinh trung ương. Thời điểm xuất hiện triệu chứng thần kinh trung bình là vào ngày thứ 3 của bệnh ($2,9 \pm 0,9$).

Triệu chứng tuần hoàn. Hệ tim mạch – tuần hoàn cũng bị ảnh hưởng đáng kể trong nhóm tay chân miệng nặng. Nhịp tim nhanh là biểu hiện phổ biến, trong đó 49% số ca có mạch từ 131–150 lần/phút, 18,1% từ 151–170 lần/phút, và 5,9% vượt ngưỡng 170 lần/phút. Các trường hợp nhịp tim >170 đều thuộc nhóm độ 3 và độ 4, và thường đi kèm các biểu hiện thần kinh nặng. Về huyết áp, đa số bệnh nhân duy trì mức bình thường (89,5%), trong khi 9,9% có tăng huyết áp. Hạ huyết áp chỉ ghi nhận ở 0,6% số ca. Một số biểu hiện lâm sàng cho thấy rối loạn tưới máu ngoại biên như chi lạnh (1,4%), thời gian hồi máu mao mạch kéo

dài >2 giây (2,8%) và vã mồ hôi lạnh (0,5%). Biểu chứng sốc được xác định ở 13 ca (1,6%), thường xuất hiện vào khoảng ngày thứ 3 của bệnh (trung bình $3,38 \pm 0,96$ ngày), trong đó có ca xảy ra sớm từ ngày thứ hai, yêu cầu can thiệp hồi sức tích cực.

3.3. Diễn tiến lâm sàng và tổn thương cơ quan. Thời gian nhập viện phần lớn nằm trong 3 ngày đầu kể từ khởi phát bệnh (70%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các phân độ bệnh ($p = 0,573$).

Ngoài các biểu hiện thần kinh, hô hấp và tuần hoàn nêu trên, các tổn thương cơ quan đặc hiệu cũng được ghi nhận với tỷ lệ đáng lưu ý trong nhóm tay chân miệng nặng.

Tổn thương thần kinh trung ương: Chiếm tỷ lệ cao, trong đó viêm màng não là biểu hiện phổ biến nhất, gặp ở 229 ca (28,2%). Bên cạnh đó, có 17 ca liệt mềm cấp (2%), 6 ca viêm não (0,5%) và 4 ca viêm não tủy (0,5%).

Rối loạn thần kinh thực vật: Biểu hiện thở bất thường xuất hiện ở 117 ca (14,4%), đây là triệu chứng gợi ý tổn thương thần kinh và là tiêu chí quan trọng trong phân độ tay chân miệng theo Bộ Y tế. Có 43 ca (5%) có đồng thời nhịp tim >170 lần/phút kết hợp với tăng huyết áp. Tình trạng vã mồ hôi xảy ra ở 4 ca (0,5%), thường kèm theo chi lạnh và CRT kéo dài.

Tổn thương hô hấp: Cũng khá nổi bật, với 157 ca suy hô hấp (19,3%) và 318 ca có tổn thương phổi trên hình ảnh X-quang (39%). Thở rít được ghi nhận ở 19 ca (2,34%), trong khi phù phổi – biểu hiện nặng và diễn tiến nhanh – xuất hiện ở 5 ca (0,5%).

Tổn thương tuần hoàn: Chủ yếu biểu hiện qua viêm cơ tim hoặc sốc, được ghi nhận ở 13 ca (1,6%) – tất cả đều cần hỗ trợ vận mạch bằng adrenalin. Tăng huyết áp đơn thuần được phát hiện ở 88 ca (10,8%), phần lớn thuộc nhóm độ 3 và độ 4.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả 811 trường hợp tay chân miệng (TCM) nặng tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố trong năm 2023 cho thấy tỷ lệ bệnh nặng chiếm 26,6% trong tổng số ca nhập viện – cao hơn so với một số báo cáo trước đó tại khu vực phía Nam, nơi tỷ lệ ca nặng thường dao động từ 10–20% tùy theo mùa dịch và chủng virus lưu hành [1],[2]. Sự gia tăng số lượng ca nặng trong năm 2023 được cho là liên quan đến sự lưu hành của chủng EV-A71 subgenogroup B5 – một chủng virus có độc lực thần kinh cao, đã được ghi nhận là nguyên nhân chính trong các đợt dịch lớn tại châu Á và Việt Nam [3],[4].

Về mặt dịch tễ, kết quả cho thấy bệnh xảy ra chủ yếu ở nhóm tuổi 6 tháng đến dưới 3 tuổi, chiếm trên 70%, phù hợp với các nghiên cứu trước đó khi miễn dịch từ mẹ giảm dần sau 6 tháng tuổi và trẻ chưa có khả năng hình thành miễn dịch tự nhiên [5]. Tỷ lệ nam mắc bệnh cao hơn nữ (63% so với 37%), tương đồng với xu hướng chung trong các nghiên cứu dịch tễ học tay chân miệng ở trẻ em [6].

Biểu hiện thần kinh vẫn là yếu tố cảnh báo chuyển độ và là lý do nhập viện hàng đầu, với triệu chứng “giật mình” chiếm gần 45% và run chi/thất điều chiếm hơn 56% tổng số ca. Kết quả này phù hợp với mô tả của các tác giả như Solomon et al. (2010) và Le et al. (2023), khi cho rằng tổn thương thần kinh trung ương – đặc biệt thân não và tiểu não – là yếu tố phân biệt thể bệnh nặng do EV-A71 [3],[7].

Về triệu chứng hô hấp, thở nhanh là dấu hiệu xuất hiện sớm và phổ biến nhất, chiếm 20% số ca, theo sau là các biểu hiện như rút lõm ngực, rale phổi và giảm SpO₂. Mặc dù tỷ lệ này không cao, nhưng có ý nghĩa lâm sàng lớn vì các dấu hiệu hô hấp thường là chỉ điểm của giai đoạn tổn thương thần kinh – tuần hoàn, đặc biệt trong thể viêm thân não có suy hô hấp trung ương. Điều này khớp với nhận định trong báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Bộ Y tế Việt Nam, khi khuyến cáo phải theo dõi sát các dấu hiệu hô hấp, tuần hoàn để phát hiện chuyển độ [8].

Biểu hiện tuần hoàn trong nghiên cứu chủ yếu là nhịp tim nhanh, trong đó có tới 73% bệnh nhân có mạch >130 lần/phút. Tăng huyết áp gặp ở 9,9% và là yếu tố cảnh báo diễn tiến nặng, cần theo dõi liên tục và can thiệp kịp thời. Tỷ lệ sốc trong nghiên cứu là 1,6%, thấp nhưng có ý nghĩa về mặt tiên lượng vì liên quan trực tiếp đến tử vong nếu không được xử trí sớm.

Tổng cộng có 85 ca được đặt nội khí quản và 15 ca phải lọc máu liên tục – chiếm lần lượt 10,5% và 1,85%. Các can thiệp này chủ yếu thực hiện ở nhóm bệnh nhân có sốt cao kéo dài, rối loạn thần kinh, và suy tuần hoàn. Chỉ định lọc máu trong tay chân miệng nặng vẫn còn đang được đánh giá trong nhiều nghiên cứu, nhưng một số báo cáo gần đây cho thấy hiệu quả nhất định trong việc kiểm soát tình trạng bão cytokine và ổn định huyết động [3],[4].

Một số hạn chế của nghiên cứu bao gồm thiết kế hồi cứu, phụ thuộc vào chất lượng hồ sơ bệnh án và chưa đánh giá được vai trò của các yếu tố miễn dịch hoặc genotype virus cụ thể trong từng ca bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tay chân miệng nặng chiếm 26,6% tổng số ca nhập viện trong năm 2023, chủ yếu ở trẻ dưới 3 tuổi. Biểu hiện thần kinh, rối loạn thần kinh thực vật và tổn thương đa cơ quan xuất hiện với tỷ lệ đáng kể. Việc phát hiện sớm và phân độ đúng có vai trò quan trọng trong điều trị và hạn chế biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh, N. L., Nguễn, O. P., & Ngô, O. T.** (2025). Đặc điểm dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến bệnh tay chân miệng tại tỉnh Cà Mau giai đoạn 2017-2023. *Tap Chí Y học Việt Nam*. 547(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v547i2.13002>
2. **Thu, L. T., & An, P. N.** (2024). 17. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh tay chân miệng ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2020-2022. *Tap Chí Y học Công đồng*, 65(CĐ 7 - NCKH). <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1310>
3. **Solomon Tom và cs.** (2010). Virology, pathogenesis, and epidemiology of enterovirus 71. *The Lancet Infectious Diseases*, 10(11): 778-790.
4. **Chau NVV, Thuong TC, Hung NT, et al.** Emerging Enterovirus A71 Subgenogroup B5 Causing Severe Hand, Foot, and Mouth Disease, Vietnam, 2023. *Emerg Infect Dis*. 2024 Feb;30(2): 363-367. doi: 10.3201/eid3002.231024.
5. **Chen KT, Chang HL, Wang ST, et al.** Epidemiologic features of hand-foot-mouth disease and herpangina caused by enterovirus 71 in Taiwan, 1998-2005. *Pediatrics*. 2007 Aug; 120(2):e244-52. doi: 10.1542/peds.2006-3331.
6. **Xing W, Liao O, Viboud C, et al.** Hand, foot, and mouth disease in China, 2008-12: an epidemiological study. *Lancet Infect Dis*. 2014 Apr;14(4): 308-318. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70342-6.
7. **Duan X, Zhang C, Wang X, et al.** Molecular epidemiology and clinical features of hand, foot and mouth disease requiring hospitalization after the use of enterovirus A71 inactivated vaccine in chengdu, China, 2017-2022: a descriptive study. *Emerg Microbes Infect*. 2022 Dec;11(1):2510-2519. doi: 10.1080/22221751.2022.2125346.
8. **Bộ Y tế** (2021). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị tay chân miệng. Ban hành kèm theo Quyết định số 3415/QĐ-BYT ngày 14/7/2021.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG XƠ HÓA CẦU THẬN TRONG BỆNH THẬN IGA

Cao Thị Như^{1,3}, Đỗ Gia Tuyền¹,
Nguyễn Thùy Dương², Nghiêm Trung Dũng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đối chiếu tổn thương xơ hóa cầu thận trên 80 bệnh nhân mắc bệnh thận IgA. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 80 bệnh nhân mắc IgAN từ tháng 09 năm 2023 đến tháng 01 năm 2025. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đái máu vi thể chiếm 75% và THA (27,5%). Thời gian từ khi chẩn đoán đến sinh thiết thận là $12,42 \pm 25,67$ tháng. Lắng đọng miễn dịch hay gặp nhất là IgA ở gian mạch (100%) và C3 ở gian mạch (88,7%). Đặc điểm mô bệnh học hay gặp nhất là tăng sinh tế bào gian mạch (27,5%) và xơ hóa cầu thận cục bộ (57,5%). Tỷ lệ xơ hóa cầu thận cao hơn ở nhóm bệnh nhân có THA và protein niệu $\geq 1\text{g/ngày}$. Lắng đọng C3 gian mạch càng nhiều thì tổn thương xơ hóa cầu thận càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Bệnh thận IgA diễn biến thầm lặng trong nhiều

năm với triệu chứng đái máu vi thể tuy nhiên lại dẫn đến xơ hóa cầu thận và suy giảm chức năng thận theo thời gian. **Từ khóa:** Bệnh thận IgA, sinh thiết thận, xơ hóa cầu thận

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN SOME CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND GLOMERULOSCLEROSIS IN IGA NEPHROPATHY

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics and compare glomerulosclerosis lesions in 80 patients with IgA nephropathy. **Subjects and methods:** cross-sectional, prospective study on 80 patients with IgAN from September 2023 to January 2025. **Results:** The most common clinical symptoms were microscopic hematuria (75%) and hypertension (27.5%). The time from diagnosis to renal biopsy was 12.42 ± 25.67 months. The most common immune deposits were IgA in the mesangium (100%) and C3 in the mesangium (88.7%). The most common histopathological features were mesangial cell proliferation (27.5%) and focal glomerulosclerosis (57.5%). The rate of glomerulosclerosis was higher in the group of patients with hypertension and proteinuria $\geq 1\text{g/day}$. The more mesangial C3 deposition, the more glomerulosclerotic lesions increased, the difference was statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** IgA nephropathy progresses

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

Email: ngiemtrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025