

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CÓ BIẾN CHỨNG VIÊM NÃO Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Vũ Thị Trang¹, Nguyễn Thị Việt Hà^{2,3}, Đỗ Thiện Hải³

TÓM TẮT

Viêm não trong bệnh tay chân miệng là biến chứng nặng, diễn biến cấp tính với hội chứng não cấp, thường do Enterovirus 71 gây ra. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 94 trẻ được chẩn đoán tay chân miệng có biến chứng viêm não tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2023 đến 07/2025. **Kết quả:** Tuổi trung vị của trẻ là 25,5 tháng, tỉ lệ nam/nữ 1,9/1. Trẻ nhập viện chủ yếu ở phân độ IIB1 và IIB2 (mỗi nhóm 37,2%). Hầu hết bệnh nhân có sốt (97,9%), trong đó 53,2% sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Triệu chứng da – niêm mạc gồm ban ở lòng bàn tay (92,6%), lòng bàn chân (88,3%) và loét miệng (51,1%). Triệu chứng thần kinh nổi bật là giật mình (94,7%) trong đó 81,9% giật mình ≥ 2 lần/30 phút; ngoài ra có run chi (57,4%), loạn choạng (41,5%) và kích thích (72,3%). Tỉ lệ trẻ có tăng bạch cầu ngoại vi và EV71 dương tính đều là 80,9%. Dịch não tủy đặc trưng bởi tăng bạch cầu đơn nhân, protein và glucose trong giới hạn bình thường. **Kết luận:** Viêm não do tay chân miệng thường gặp ở trẻ trai dưới 3 tuổi, biểu hiện bằng sốt, rối loạn tri giác và phát ban phỏng nước. Các xét nghiệm ghi nhận tăng bạch cầu, EV71 dương tính và dịch não tủy gợi ý viêm não do virus. **Từ khóa:** bệnh tay chân miệng, viêm não, trẻ em, Enterovirus 71.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE WITH ENCEPHALITIS IN CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Encephalitis in hand, foot and mouth disease is a severe complication with an acute course and acute encephalitic syndrome, most commonly caused by Enterovirus 71. **Aims:** To describe the clinical and laboratory characteristics of hand, foot and mouth disease with encephalitis in children at the National Children's Hospital. **Materials and Methods:** A descriptive study was conducted on 94 children diagnosed with hand, foot and mouth disease with encephalitis at the Center of Tropical Diseases, National Children's Hospital, from January 2023 to July

2023. **Results:** The median age was 25.5 months, with a male-to-female ratio of 1.9/1. Patients were admitted mainly at grade IIB1 and IIB2 (both 37.2%). Most children had fever (97.9%), of which 53.2% had high fever $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Typical mucocutaneous manifestations included rash on the palms (92.6%), soles (88.3%), and oral ulcers (51.1%). Neurological symptoms were prominent, with startle being the most common (94.7%), of which 81.9% experienced startle ≥ 2 times/30 minutes; other symptoms included limb tremor (57.4%), ataxia (41.5%), and irritability (72.3%). Peripheral leukocytosis and EV71 positivity were both recorded in 80.9% of cases. Cerebrospinal fluid findings were characterized by mononuclear pleocytosis, with protein and glucose within normal limits. **Conclusion:** Encephalitis due to hand, foot and mouth disease is common in boys under 3 years of age, presenting with fever, altered consciousness, and vesicular rash. Laboratory findings showed leukocytosis, EV71 positivity, and cerebrospinal fluid consistent with viral encephalitis.

Keywords: hand, foot and mouth disease, encephalitis, children, Enterovirus 71

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là một bệnh truyền nhiễm cấp tính dễ gây thành dịch, thường gặp ở trẻ nhỏ với biểu hiện lâm sàng đa dạng từ nhẹ đến nặng. Trong đó, Enterovirus 71(EV71) là căn nguyên chính liên quan đến các biến chứng thần kinh, đặc biệt là viêm não, có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời^{1,2}. Tại Việt Nam, bệnh tay chân miệng vẫn lưu hành quanh năm, với các đợt bùng phát tập trung vào mùa hè – thu. Bệnh viện Nhi Trung ương là cơ sở Nhi khoa tuyến cuối hàng năm tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhi tay chân miệng từ nhiều tỉnh thành, trong đó không ít trường hợp có biến chứng thần kinh nặng. Do vậy, việc chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời vẫn là yếu tố quan trọng giúp giảm tình trạng nặng và tử vong ở trẻ mắc bệnh có biến chứng³. Cho đến nay các nghiên cứu về biến chứng của bệnh tay chân miệng trong đó có viêm não còn hạn chế. Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não ở trẻ em tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2023 – 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 94 bệnh nhân từ 1 tháng tuổi đến 15 tuổi được chẩn đoán tay

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

chân miệng có biến chứng viêm não tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/01/2023 đến 31/07/2025.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bệnh tay chân miệng: theo tiêu chuẩn của Bộ y tế 2024³: Bệnh nhân đang sống trong vùng dịch tễ và có một hoặc nhiều các biểu hiện của nhiễm vi rút gây bệnh tay chân miệng: Sốt, ban ở vùng tay, chân hoặc miệng, loét miệng.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm não cấp: dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của "đồng thuận viêm não cấp quốc tế" năm 2013⁴.

+ Tiêu chuẩn chính: Bệnh nhân có rối loạn tri giác kéo dài > 24 giờ từ nhẹ đến nặng bao gồm: ngủ gà, li bì, kích thích, lú lẫn, hôn mê hoặc thay đổi hành vi và nhân cách (không có bất kỳ nguyên nhân nào khác được xác định).

+ Tiêu chuẩn phụ: (1) Sốt hoặc tiền sử có sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ trong khoảng thời gian 72 giờ trước và/hoặc sau khi bị bệnh. (2) Co giật toàn thân hoặc co giật cục bộ (loại trừ sốt cao co giật). (3) Có dấu hiệu thần kinh khu trú. (4) Dịch não tủy có hiện tượng tăng bạch cầu lympho (>5 bạch cầu/ μl). (5) Chụp CT hoặc MRI: Có các tổn thương nghi ngờ viêm não cấp.

Bệnh nhân được chẩn đoán có thể viêm não cấp khi có 1 tiêu chuẩn chính và 2 tiêu chuẩn phụ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc viêm não do các căn nguyên khác, tiền sử mắc các bệnh lý thần kinh, dị dạng não bẩm sinh, chấn thương sọ não. Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh kết hợp hồi cứu và tiến cứu tất cả hồ sơ bệnh án và bệnh nhân được chọn theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Cỡ mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện bao gồm 94 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng và định tính được mô tả bằng thống kê mô tả, so sánh tỷ lệ bằng kiểm định Chi-square, Fisher's exact test hoặc McNemar test, với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương phê duyệt (số 2694/BVNTW-HĐĐĐ ngày 01/10/2024). Đây là một nghiên cứu quan sát, mô tả, không can thiệp vào phác đồ điều trị của bệnh nhân.

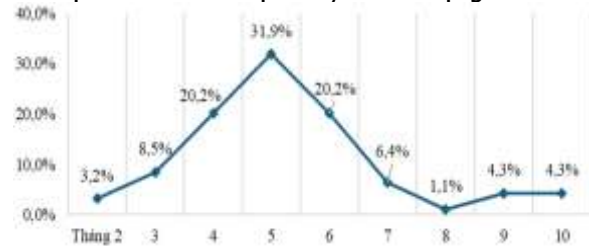
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, 94 bệnh nhân mắc bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não điều trị tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2023 – 2025 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào phân tích.

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ mắc bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não trong nghiên cứu

Đặc điểm chung của trẻ trong nghiên cứu		n	%
Tuổi (Trung vị: 25,5 (IQR: 19-33,3) tháng)	<12 tháng	5	5,3
	12-<36 tháng	72	76,6
	36-<60 tháng	15	16,0
	≥ 60 tháng	2	2,1
Giới	Nam	61	64,9
	Nữ	33	35,1
Tiền sử tiếp xúc với bệnh nhân tay chân miệng	Có	16	17,0
	Không	51	54,3
	Không rõ	27	28,7

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân ở độ tuổi dưới 36 tháng tuổi (81,9%) với tuổi trung vị là 25,5 tháng, tỉ lệ mắc bệnh của trẻ trai/gái là 1,9/1 và 78% trẻ không có hoặc không rõ tiền sử tiếp xúc với bệnh nhân mắc bệnh tay chân miệng.



Biểu đồ 1. Phân bố tỉ lệ nhập viện của bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não theo các tháng trong năm

Nhận xét: Số trẻ mắc bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não phải nhập viện điều trị nhiều hơn vào các tháng mùa hè, cao nhất ở tháng 5 (31,9%) và tháng 4 (20,2%), sau đó giảm dần từ tháng 6 (20,2%) đến tháng 7 (6,4%) và xuống mức thấp nhất vào tháng 8 (1,1%).

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của trẻ bị bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não

Đặc điểm của viêm não trong bệnh tay chân miệng		n	%
Mức độ nặng của bệnh tay chân miệng ở thời điểm nhập viện	IIA	22	23,4
	IIB 1	35	37,2
	IIB 2	35	37,2
	III	2	2,1

Thân nhiệt của trẻ mắc tay chân miệng khi nhập viện	$\geq 39^{\circ}\text{C}$	50	53,2
	$37,5 \leq < 39^{\circ}\text{C}$	42	44,7
	$< 37,5^{\circ}\text{C}$	2	2,1
Vị trí phát ban và loét miệng	Lòng bàn tay	87	92,6
	Lòng bàn chân	83	88,3
	Đầu gối	14	14,9
	Mông	14	14,9
	Loét miệng	48	51,1
Các triệu chứng lâm sàng khác	Tiền sử giật mình	89	94,7
	Giật mình khi khám	20	21,3
	Giật mình > 2 lần/30 phút	77	81,9
	Gáy cứng	3	3,2
	Run chi	54	57,4
	Loạng choạng	39	41,5
	Nôn	16	17,0
	Lơ mơ	5	5,3
	Kích thích	68	72,3
	Ngủ gà	21	22,3
	Yếu liệt chi	6	6,4

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ mắc bệnh tay chân miệng nhập viện ở phân độ IIB1 và IIB2, đều là 37,2%. 97,9% trẻ có sốt trong đó 53,2% sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Tỷ lệ trẻ có biểu hiện ban lòng bàn tay, bàn chân và loét miệng gặp với tỷ lệ lần lượt là 92,6%, 88,3% và 51,1%. Các triệu chứng thần kinh thường gặp nhất là: giật mình (94,7%), trong đó giật mình ≥ 2 lần/30 phút (81,9%), run chi (57,4%), loạng choạng (41,5%) và kích thích (72,3%).

Bảng 3. Triệu chứng cận lâm sàng của trẻ bị bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não

Kết quả xét nghiệm của trẻ mắc tay chân miệng		n	%
Số lượng bạch cầu (G/I)	Bình thường ≤ 10	18	19,1
	Tăng > 10	76	80,9
CRP định lượng (mg/I)	≤ 6	73	77,7
	> 6	21	22,3
Kết quả Elisa EV71 máu	Dương tính	76	80,9
	Âm tính	18	19,1
Số lượng tế bào dịch não tủy (Tế bào/mm³)	$5 - \leq 100$	25	26,6
	> 100	69	73,4
Nồng độ Protein dịch não tủy (g/I)	$< 0,5$	74	78,7
	$0,5 - 1$	17	18,1
	> 1	3	3,2
Nồng độ Glucose dịch não tủy (mmol/I)	$< 2,5$	1	1,1
	$\geq 2,5$	93	98,9

Nhận xét: Đa số trẻ có bạch cầu máu ngoại vi tăng > 10 G/L (80,9%), CRP định lượng chủ

yếu ≤ 6 mg/L (77,7%). Xét nghiệm huyết thanh bằng Elisa EV71 máu ghi nhận dương tính ở 76 ca (80,9%). Xét nghiệm dịch não tủy cho thấy 73,4% trẻ có bạch cầu dịch não tủy tăng > 100 tế bào/mm³. Tỷ lệ trẻ có tăng protetin > 1 g/l và đường máu $< 2,5$ mmol/l thấp và lần lượt là 3,2% và 1,1%.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 01/01/2023 đến 31/07/2025, 94 bệnh nhân mắc bệnh tay chân miệng có biến chứng viêm não điều trị tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương được tuyển chọn vào nghiên cứu và phân tích.

Kết quả từ bảng 1 cho thấy tuổi mắc bệnh trung vị là 25,5 tháng trong đó lứa tuổi gặp nhiều nhất là trẻ dưới 36 tháng tuổi (81,9%), cho thấy trẻ dưới 3 tuổi là nhóm nguy cơ cao nhất đối với biến chứng viêm não do bệnh tay chân miệng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Solomon và cộng sự cũng ghi nhận phần lớn ca bệnh nặng do EV71 tập trung ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là nhóm 1-3 tuổi². Shekhar và cộng sự cho thấy tỷ lệ tử vong của bệnh tay chân miệng cao nhất nằm ở nhóm tuổi nhà trẻ và mẫu giáo trong nghiên cứu tại Malaysia¹. Điều này có thể được lý giải là do hệ miễn dịch của trẻ nhỏ chưa hoàn thiện, cùng với đặc điểm sinh hoạt tập thể khiến nguy cơ lây nhiễm và phát triển biến chứng cao hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy bệnh thường gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1, khá tương đồng với nghiên cứu của Fang Y và cộng sự trên nhóm 46 bệnh nhân tay chân miệng có viêm não cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1⁵. Nguyên nhân có thể liên quan đến yếu tố sinh học là sự khác biệt trong đáp ứng miễn dịch giữa hai giới cũng như yếu tố hành vi: trẻ trai hiếu động, tiếp xúc môi trường nhiều hơn hay tỷ lệ trẻ trai/gái đang có xu hướng gia tăng trên cộng đồng người Việt Nam hiện nay²⁻³.

Khai thác tiền sử dịch tễ trong tiếp cận bệnh nhân mắc bệnh tay chân miệng là rất quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 17% khai thác được tiền sử tiếp xúc với người mắc bệnh tay chân miệng (Bảng 1). Điều này có thể được giải thích là do người chăm sóc trẻ không nắm được đầy đủ thông tin về các ca bệnh tay chân miệng tại môi trường nhà trẻ hoặc có thể trẻ tiếp xúc với anh chị lớn, người lớn trong gia đình có mang virus gây bệnh tay chân miệng nhưng không biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

Khảo sát thời điểm nhập viện trong năm, chúng tôi nhận thấy các trường hợp trẻ mắc tay

chân miệng có biến chứng viêm não thường xảy ra vào các tháng mùa hè và thu (Biểu đồ 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trong nước và trong khu vực châu Á. Trong một nghiên cứu tại Trung Quốc, Zhang Y và cộng sự ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh tay chân miệng, bao gồm cả biến chứng viêm não, đạt đỉnh từ tháng 4 đến tháng 6 hàng năm⁶. Tại Việt Nam, báo cáo giám sát dịch tễ của Bộ Y tế cho thấy dịch tay chân miệng thường xuất hiện hai đỉnh: đỉnh chính vào tháng 4-5 và đỉnh phụ vào tháng 9-10, tương đồng với kết quả nghiên cứu này⁷.

Kết quả từ bảng 3 cho thấy phần lớn trẻ mắc bệnh tay chân miệng nhập viện ở phân độ IIB1 và IIB2, đều là 37,2%. Tỷ lệ trẻ có biểu hiện ban lòng bàn tay, bàn chân và loét miệng gặp với tỷ lệ lần lượt là 92,6%, 88,3% và 51,1%. Các triệu chứng thần kinh thường gặp nhất là: giật mình (94,7%), trong đó giật mình ≥ 2 lần/30 phút (81,9%), run chi (57,4%), loạn choạng (41,5%) và kích thích (72,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như ghi nhận của một số tác giả khác trên thế giới. Nghiên cứu của Solomon và Ooi đều nhấn mạnh rằng giật mình và run chi là những dấu hiệu thần kinh quan trọng giúp chẩn đoán sớm viêm não do EV71^{2, 8}. Trong phác đồ chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng ở trẻ em của Bộ Y tế Việt Nam cũng đưa giật mình ≥ 2 lần/30 phút, run chi, rối loạn tri giác vào nhóm tiêu chuẩn chẩn đoán tay chân miệng độ IIB–III³. 97,9% trẻ có sốt trong đó 53,2% sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Kết quả này tương đồng với nhận định của Huang sốt cao liên tục là yếu tố dự báo tiến triển biến chứng thần kinh⁹. Như vậy, kết quả nghiên cứu củng cố bằng chứng rằng các triệu chứng giật mình tái diễn, run chi, kích thích và rối loạn tri giác cần được coi là dấu hiệu cảnh báo sớm biến chứng viêm não trong bệnh tay chân miệng.

Xét nghiệm bạch cầu máu ngoại vi tăng ở trên 80% bệnh nhân cho thấy đáp ứng viêm toàn thân trong khi CRP ≤ 6 mg/L ở phần lớn trường hợp, phù hợp với đặc điểm nhiễm virus (Bảng 4). Nghiên cứu của Solomon và Ooi đều ghi nhận CRP ít giá trị trong chẩn đoán bệnh tay chân miệng nặng^{2, 8}. Kết quả xét nghiệm dịch não tủy trong nghiên cứu cho thấy tăng tế bào từ mức độ vừa đến nhiều trong đó chủ yếu là tăng bạch cầu lympho, protein bình thường hoặc chỉ tăng nhẹ, phù hợp với mô tả điển hình của viêm não do EV71. Trong nghiên cứu của Huang, phần lớn bệnh nhân EV71 có bạch cầu dịch não

tủy tăng, protein và glucose ít thay đổi⁹. Điều này giúp phân biệt với viêm não do vi khuẩn, vốn có protein tăng cao và glucose giảm. Tỷ lệ Elisa EV71 dương tính cao củng cố vai trò quan trọng của xét nghiệm huyết thanh trong xác định căn nguyên.

V. KẾT LUẬN

Trẻ mắc tay chân miệng có biến chứng viêm não thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi, đặc biệt là nhóm trẻ trai. Bệnh gặp chủ yếu vào mùa hè - thu, với các biểu hiện lâm sàng xuất hiện sớm như sốt, mạch nhanh, giật mình, rối loạn tri giác. Đây là các triệu chứng cảnh báo quan trọng. Xét nghiệm cho thấy phần lớn trẻ có tăng bạch cầu ngoại vi nhưng không tăng CRP, dịch não tủy gợi ý viêm não do virus với đặc điểm tăng bạch cầu đơn nhân, protein và glucose trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ EV71 dương tính cao củng cố vai trò của căn nguyên này, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết phải kết hợp chẩn đoán lâm sàng, dịch tễ, cận lâm sàng và sinh học phân tử để nâng cao độ chính xác, từ đó can thiệp sớm và giảm nguy cơ di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shekhar K, Lye MS, Norlijah O, et al.** Deaths in children during an outbreak of Hand, foot and mouth disease in Peninsular Malaysia-clinical and pathological characteristics. *Med J Malaysia*. 2005; 60(3): 297-304.
2. **Solomon T, Lewthwaite P, Perera D, et al.** Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of enterovirus 71. *Lancet Infect Dis Journal*. 2010; 10: 778-790.
3. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng. Ban hành kèm Quyết định số 292/QĐ-BYT ngày 06 tháng 02 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Hà Nội: Bộ Y tế; 2024.
4. **Venkatesan A, Tunkel AR, Bloch KC, et al.** Case definitions, diagnostic algorithms, and priorities in encephalitis: consensus statement of the international encephalitis consortium. *Clin Infect Dis*. 2013. . 57 (8), 1114-28.
5. **Fang Y, Zhang Y, Wang Y, et al.** Analysis of clinical related factors of neonatal hand-foot-mouth disease complicated with encephalitis. *Front Neurol*. 2020;11:543013.
6. **Zhang Y, Zhu Z, Yang W, et al.** Epidemiology and control of hand, foot and mouth disease in China. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(10):823-833.
7. **Bộ Y tế.** Báo cáo tình hình dịch tay chân miệng tại Việt Nam giai đoạn 2011–2018. Hà Nội: Bộ Y tế; 2019.
8. **Ooi MH, Wong SC, Lewthwaite P, et al.** Clinical features, diagnosis, and management of enterovirus 71. *Lancet Neurol*. 2010;9(11):1097-1105.
9. **Huang CC, Liu CC, Chang YC, et al.** Neurologic complications in children with enterovirus 71 infection. *N Engl J Med*. 1999; 341(13): 936-942.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THIẾU CƠ VÀ CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 NGOẠI TRÚ

Cao Thanh Ngọc^{1,3}, Nguyễn Thị Kim Tuyền², Lê Bảo Lệ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa thiếu cơ và các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 150 bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc ĐĐT típ 2 tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2022. Thiếu cơ được đánh giá bằng thang điểm SARC-CalF (ngưỡng ≥ 11 điểm). Dữ liệu được thu thập qua khai thác bệnh sử, khám lâm sàng và đo vòng bắp chân. Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0 với các phép kiểm chi-squared, t-test và hồi quy logistic. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu cơ theo thang điểm SARC-CalF là 50,7%. Thiếu cơ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính nữ ($p < 0,01$), tuổi cao ($p < 0,001$), chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp ($p < 0,01$), vòng bụng nhỏ ($p < 0,05$), thời gian mắc ĐĐT lâu hơn ($p < 0,01$), HbA1c $\geq 7\%$ ($p < 0,05$), và ít vận động thể lực ($p < 0,001$). **Kết luận:** Thiếu cơ là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi ĐĐT típ 2 điều trị ngoại trú, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân nữ, lớn tuổi, kiểm soát đường huyết kém và ít hoạt động thể lực. Cần sàng lọc thiếu cơ định kỳ để có chiến lược can thiệp sớm, cải thiện chức năng vận động và chất lượng sống.

Từ khóa: Thiếu cơ, SARC-CalF, đái tháo đường típ 2, cao tuổi, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN SARCOPENIA AND CLINICAL CHARACTERISTICS IN ELDERLY OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Objective: To investigate the association between sarcopenia and clinical characteristics in elderly outpatients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 150 patients aged ≥ 60 years with T2DM at the Endocrinology Clinic of Can Tho Central General Hospital from April to October 2022. Sarcopenia was assessed using the SARC-CalF score (cut-off ≥ 11 points). Data were collected through medical history interviews, physical examinations, and calf circumference measurements. Statistical analyses were performed using SPSS version 20.0, including chi-squared tests, t-tests, and logistic regression. **Results:** The prevalence of sarcopenia according to

the SARC-CalF score was 50.7%. Sarcopenia was significantly associated with female sex ($p < 0.01$), older age ($p < 0.001$), lower body mass index (BMI) ($p < 0.01$), smaller waist circumference ($p < 0.05$), longer diabetes duration ($p < 0.01$), poor glycemic control (HbA1c $\geq 7\%$) ($p < 0.05$), and lower levels of physical activity ($p < 0.001$). **Conclusion:** Sarcopenia is a common condition among elderly outpatients with T2DM, particularly in women, older individuals, those with poor glycemic control, and those with low physical activity. Routine screening for sarcopenia is essential to enable early interventions aimed at improving mobility and quality of life.

Keywords: Sarcopenia, SARC-CalF, type 2 diabetes mellitus, elderly, clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu cơ (sarcopenia) là tình trạng giảm khối lượng và chức năng cơ xương liên quan đến tuổi, là một trong những biểu hiện phổ biến của quá trình lão hóa và được ghi nhận có mối liên hệ chặt chẽ với các bệnh lý mạn tính, đặc biệt là đái tháo đường típ 2 (ĐĐT típ 2). Ở bệnh nhân ĐĐT típ 2, đặc biệt là người cao tuổi, thiếu cơ không chỉ làm suy giảm chức năng vận động mà còn làm tăng nguy cơ té ngã, gãy xương, giảm chất lượng cuộc sống và gia tăng tỷ lệ tử vong. Bên cạnh đó, thiếu cơ còn liên quan đến tăng kháng insulin, kiểm soát đường huyết kém, và làm trầm trọng thêm diễn tiến bệnh lý nền. Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhân ĐĐT típ 2 ngày càng tăng, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi. Tuy nhiên, việc nhận diện và đánh giá thiếu cơ ở nhóm đối tượng này vẫn chưa được chú trọng đúng mức. Các thang điểm sàng lọc như SARC-F hay SARC-CalF giúp đơn giản hóa quy trình phát hiện nguy cơ thiếu cơ, có tính ứng dụng cao trong lâm sàng, nhất là ở tuyến điều trị ngoại trú. Trong đó, thang điểm SARC-CalF có bổ sung đo vòng bắp chân – một yếu tố gợi ý mạnh về khối lượng cơ, giúp tăng độ nhạy so với SARC-F. Việc xác định các yếu tố lâm sàng liên quan đến thiếu cơ sẽ giúp phát hiện sớm, từ đó có biện pháp can thiệp kịp thời nhằm ngăn ngừa các hậu quả nghiêm trọng về chức năng và chuyển hóa ở người cao tuổi mắc ĐĐT típ 2.

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa thiếu cơ và các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 150 phụ nữ ≥ 60 tuổi được chẩn đoán ĐĐT típ 2

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

³Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Lệ

Email: le.lb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025