

2,16 (mm) xuống còn $0.87 \pm 0,56$ (mm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Cải thiện tầm vận động khớp: Sau 12 ngày điều trị, tầm vận động của khớp vai có sự cải thiện tốt, không còn trường hợp hạn chế nhiều (như trước điều trị), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày: Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có chức năng sinh hoạt hàng ngày loại tốt và khá chiếm đa số, trong đó loại tốt chiếm 53,33%

Hiệu quả điều trị chung: kết quả điều trị tốt chiếm 36,67%, khá 50,00%, trung bình 13,33%.

Điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp siêu âm điều trị trên BN viêm điểm bám gân vùng chi trên chưa phát hiện tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.126

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân.** Viêm quanh khớp vai. Bệnh thấp khớp, NXB Y học. (2002) 364-374.
2. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014

- của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. **Hà Hoàng Kiêm.** Viêm quanh khớp vai, chẩn đoán và điều trị, NXB thể dục thể thao, (2015).
 4. **Mạc Duy Khang, Nguyễn Bá Phước.** Hiệu quả điều trị viêm điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay bằng tiêm Collagen MD Guna tại bệnh viện Kiên An năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. (2024);539(6):230-236.
 5. **Đoàn Mỹ Hạnh, Nguyễn Thị Thúy.** Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp siêu âm điều trị trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, tài khoa y học cổ truyền - bệnh viện Lê Chân năm 2020. Công trình nghiên cứu khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. (2021); 503(6):74-78.
 6. **Trịnh Lê Khánh Linh, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Phùng Đức Tâm và cộng sự.** Đánh giá kết quả của liệu pháp tiêm Collagen MD Guna trong điều trị viêm điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay. Tạp chí Y học Việt Nam. (2020),493: p218-224.
 7. **Nguyễn Xuân Nghiên.** Phục Hồi Chức Năng. Nhà xuất bản Y học; (2018).
 8. **Bùi Thị Thanh Thanh, Nguyễn Thị Thanh Tú.** Kết quả của siêu âm điều trị kết hợp điện châm trong hỗ trợ điều trị thoái hóa khớp gối theo thể bệnh Y học cổ truyền. Tạp chí Y học Việt Nam. (2024),543: p69-72.
 9. **Brummel J, Baker CL 3rd, Hopkins R, et al.** Epicondylitis: lateral. Sports Med Arthrosc Rev (2014),22(3): pe1-6
 10. **Johnson GW, Cadwallader K, Scheffel SB, et al.** Treatment of lateral epicondylitis. (2007); 76(6):843-848.

ĐẶC ĐIỂM TRẺ TAY CHÂN MIỆNG THỞ MÁY

Phạm Tiến Dũng¹, Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, kết trẻ tay chân miệng thở máy tại khoa Hồi Sức Nhiễm bệnh viện Nhi Đồng 1.
Đối tượng và phương pháp: Mô tả loạt ca, tất cả bệnh nhân tay chân miệng thở máy tại khoa Hồi Sức Nhiễm, bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2023 - 12/2023.
Kết quả: Có 118 bệnh nhân tay chân miệng thở máy, tuổi trung vị là 22 tháng với tỉ lệ trẻ dưới 36 tháng tuổi là 86,4%. Đa số bệnh nhân nhập viện trong tháng 7-8 và tháng 11. Biểu chứng thần kinh biểu hiện ở tất cả các bệnh nhân. Triệu chứng liên quan biến chứng thường gặp là là cơn ngưng thở (77,1%), giật mình (75,4%), thở nhanh (43,2%), huyết áp cao (39,8%). Lactate > 2 mmol/L là bất thường thường gặp nhất (54,2%), sau đó là tiểu cầu > 400 k/ μ L (39,0%),

Neu/Lym > 2 (27,1%). Chỉ phát hiện EV71 ở 11 ca (9,3%). Chỉ định đặt nội khí quản chủ yếu là có cơn ngưng thở (74,6%). IVIG được sử dụng ở 100% bệnh nhân, trong đó 66,9% được dùng 2 liều. Có 2 ca tử vong, chiếm 1,7%. Tỉ lệ di chứng là 14,4%. **Kết luận:** Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm thường gặp, nhất là đối với trẻ dưới 36 tháng tuổi. Trẻ TCM thở máy thường có cơn ngưng thở, thở nhanh nông. Nghiên cứu hơn nữa về vai trò của IVIG là cần thiết trên trẻ TCM. **Từ khóa:** bệnh tay chân miệng nặng, bệnh tay chân miệng thở máy.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH HAND, FOOT, AND MOUTH DISEASE REQUIRING MECHANICAL VENTILATION

Objective: To describe the epidemiological, clinical, laboratory characteristics, and treatment outcomes of children with hand, foot, and mouth disease (HFMD) requiring mechanical ventilation in the Infectious Diseases Intensive Care Unit, Children's Hospital 1. **Methods:** A descriptive case series study was conducted on all HFMD patients who required

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

mechanical ventilation in the Infectious Diseases Intensive Care Unit, Children's Hospital 1, from January 2023 to December 2023. **Results:** A total of 118 children with HFMD required mechanical ventilation. The median age was 22 months, with 86.4% under 36 months. Most admissions occurred during July–August and November. Neurological complications were observed in all patients. The most common associated symptoms were apnea (77.1%), startle (75.4%), tachypnea (43.2%), and hypertension (39.8%). The most frequent abnormal laboratory finding was lactate > 2 mmol/L (54.2%), followed by platelet count > 400 k/ μ L (39.0%) and neutrophil/lymphocyte ratio > 2 (27.1%). EV-A71 was detected in 11 cases (9.3%). The main indication for intubation was apnea (74.6%). All patients received intravenous immunoglobulin (IVIG), with 66.9% receiving two doses. There were 2 deaths (1.7%) and 14.4% had neurological sequelae. **Conclusion:** HFMD remains a common infectious disease, particularly among children under 36 months of age. Children with HFMD requiring mechanical ventilation frequently present with apnea and shallow, rapid breathing. Further studies are warranted to clarify the role of IVIG therapy in this group of patients. **Keywords:** severe HFMD, mechanically ventilated HFMD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do vi rút thuộc chi Enterovirus gây nên. Trẻ em dưới 5 tuổi là nhóm dân số bị ảnh hưởng nhiều nhất. Bệnh TCM thường nhẹ và tự giới hạn, tuy nhiên vẫn có tỉ lệ không nhỏ xảy ra những di chứng thần kinh nặng nề và thậm chí dẫn đến tử vong [1,2].

Năm 2023, Việt Nam trải qua một đợt dịch lớn. Tại thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM), cuối tháng 5 đầu tháng 6 năm 2023, số ca TCM bắt đầu tăng lên và bùng phát thành dịch với tổng số ca ghi nhận được trong năm 2023 là 43.226, hai đỉnh dịch rơi vào khoảng tháng 7-8 và tháng 10-11, có sự thay đổi so với diễn tiến các năm trước [3]. Hiện chưa có điều trị đặc hiệu cho bệnh TCM. Các hướng dẫn điều trị bệnh TCM của Tổ chức Y tế Thế giới, Trung Quốc hay Việt Nam chủ yếu là các phương pháp điều trị triệu chứng như milrinon, IVIG, thở máy, lọc máu liên tục (LMLT). Hiệu quả của các phương pháp điều trị này cũng chưa rõ ràng [1,2,4]. Năm 2023, Khoa Hồi sức Nhiễm, của bệnh viện Nhi Đồng 1 là đơn vị chủ lực điều trị TCM nặng. Chưa bao giờ có số trẻ TCM cần giúp thở nhiều như trong đợt dịch của năm nay. Do đó, chúng tôi mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kết quả điều trị các trường hợp TCM có thở máy; nhằm giúp các bác sĩ có kinh nghiệm hơn trong điều trị các trường hợp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán TCM, có điều trị thở máy tại khoa HSN bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian từ 01/01/2023 – 31/12/2023.

Chẩn đoán TCM theo hướng dẫn của Bộ Y Tế [2].

2.3. Cách thức nghiên cứu và biến số: Chọn tất cả trẻ được chẩn đoán bệnh TCM điều trị tại khoa HSN bệnh viện Nhi Đồng 1. Thu thập các số liệu theo bệnh án nghiên cứu, các biến số nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, thời điểm nhập viện, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, các diễn biến lâm sàng, kết quả xét nghiệm huyết học, sinh hóa, dịch não tủy, vi sinh, phân độ nặng của bệnh, các phương thức điều trị, thuốc điều trị, kết cục lúc ra viện.

2.4. Xử lý số liệu: Các dữ liệu của bệnh nhân được bằng một bệnh án nghiên cứu riêng, thống nhất. Sau đó, dữ liệu được nhập vào phần mềm SPSS. 26.0 và xử lý bằng các phép kiểm thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, tại khoa Hồi Sức Nhiễm, bệnh viện Nhi Đồng 1, có 118 bệnh nhân tay chân miệng nặng cần thở máy.

3.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Tuổi trung vị là 22 (13 – 30) tháng. Đa số bệnh nhân có tuổi dưới 36 tháng, chiếm tỉ lệ 86,4%. Có 70 trẻ nam (59,3%), 48 trẻ nữ (40,7%).

Đa số bệnh nhi không có bệnh lý nền đi kèm (95,8%), chỉ một số ít có các bệnh mạn tính như hô hấp (đều là hen với 3 ca, chiếm tỉ lệ 2,5%), huyết học (gồm 1 ca u bạch huyết, chiếm tỉ lệ 0,8%) và thần kinh (gồm 1 ca tăng động giảm chú ý, chiếm tỉ lệ 0,8%). 82 trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường, chiếm tỉ lệ 69,5%. Tỉ lệ trẻ suy dinh dưỡng là 20,3%, dư cân – béo phì là 10,2%.

Phân bố số ca bệnh theo tháng: 2 trẻ TCM thở máy đầu tiên nhập viện vào tháng 5, sau đó tăng nhanh trong tháng 6-8 với số ca lần lượt là 10, 29 và 24. Tháng 9, số ca giảm còn 9 ca, ghi nhận tăng trở lại vào tháng 11 với 25 ca, giảm còn 9 ca trong tháng 12.

Đặc điểm lâm sàng

Lí do nhập viện. Sốt là lí do chính khiến trẻ nhập viện với 62 trường hợp (52,5%), sau đó là giật mình (13,6%), ban da (6,8%), run chi (5,1%), loét miệng (2,5%) và các lí do khác (4,2%).

Diễn tiến chuyển độ. Chẩn đoán nhập viện phân độ 2A chiếm tỉ lệ cao nhất (50 ca, 42,4%), theo sau là độ 3 (27 ca, 22,9%), độ 2B nhóm 2

(20 ca, 16,9%), độ 2B nhóm 1 (19 ca, 16,1%) và thấp nhất là độ 4 (2 ca, 1,7%).

Chẩn đoán ra viện độ 3 có tỉ lệ cao nhất (107 ca, 90,7%), độ 4 có 11 ca (9,3%).

Có 92 trường hợp chuyển độ nặng hơn kể từ lúc nhập viện (78,0%). Trong đó, độ 2A chuyển độ 3 có 46 ca, chuyển độ 4 có 4 ca; độ 2B nhóm 1 chuyển độ 3 có 18 ca, chuyển độ 4 có 1 ca; độ 2B nhóm 2 chuyển độ 3 có 19 ca, chuyển độ 4 có 1 ca; và 3 ca từ độ 3 chuyển độ 4.

Thời gian chuyển độ có trung vị là 11,5 (4 – 21) giờ.

Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số ca (n=118)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng chung		
Sốt	118	100
Ban da	105	89,0
Loét miệng	105	89,0
Nôn ói	46	39,0
Tiêu lỏng	11	9,3
Thần kinh		
Giật mình	89	75,4
Thất điều	46	39,0
Yếu liệt chi	1	0,8
Liệt thần kinh sọ	2	1,7
Rối loạn tri giác	24	20,3
Co giật	4	3,4
Hô hấp		
Cơn ngưng thở	91	77,1
Thở nhanh	51	43,2
Thở bụng	1	0,8
Thở nông	6	5,1
Thở rút lõm ngực	12	10,2
Tím tái	1	0,8
Phù phổi cấp	1	0,8
T tuần hoàn		
Mạch >170 lần/phút	9	7,6
Huyết áp cao	47	39,8
Da nổi bông	4	3,4
Sốc	10	8,5

Đặc điểm cận lâm sàng. Lactate > 2 mmol/L là bất thường thường gặp nhất (54,2%), sau đó là tiểu cầu > 400 k/μL (39,0%), Neu/Lym > 2 (27,1%), CRP > 10 mg/L (22,9%), glucose > 160 mg/dL (2,5%). Troponin I/T dương tính ở 9 ca (7,6%).

Có 19 ca được chọc dò thắt lưng, ghi nhận biểu hiện viêm màng não vô trùng ở 4 trường hợp.

Chỉ có 11 ca dương tính với EV71 (9,3%).

3.2. Đặc điểm điều trị và kết quả điều trị

Đặc điểm điều trị

Chỉ định đặt nội khí quản: Trong số 118 bệnh nhân có chỉ định đặt NKQ, chủ yếu do có cơn ngưng thở với 88 ca (74,6%). Các chỉ định

khác bao gồm: thở nhanh (7,6%), thở co lõm ngực (5,9%), rối loạn tri giác (5,9%), thở chậm (3,4%), thở nông (1,7%) và thở rít thanh quản (0,8%).

Thời gian thở máy: trung vị là 2,9 (2,1–3,7) ngày.

Điều trị khác: Tất cả các ca đều được sử dụng IVIG. Trong đó 79 ca (66,9%) sử dụng 2 liều. Các điều trị khác gồm: phenobarbital (98,3%), milrinon (15,3%), vận mạch (9,3%), chống phù não (19,5%), LMLT (7,6%).

Kết quả điều trị

Kết quả điều: Tỉ lệ hồi phục hoàn toàn cao với 99 ca, chiếm 83,9%. Có 2 trẻ tử vong (1,7%), 17 trẻ di chứng (14,4%).

Thời gian điều trị: Thời gian điều trị tại khoa hồi sức có trung vị là 5,5 (5 – 7) ngày. Thời gian nằm viện có trung vị là 10 (8 – 12) ngày.

Bảng 2. So sánh đặc điểm nhóm sử dụng 1 liều và 2 liều IVIG

Đặc điểm	1 liều IVIG n=39 n(%)	2 liều IVIG n=79 n(%)	p
Dịch tễ			
Tuổi (tháng)	22 (12-29)*	23 (14-31,3)*	0,3 ^c
Giới nam	22 (56,4)	48 (60,8)	0,7 ^a
Lâm sàng			
Ban da	34 (87,2)	71 (89,9)	0,7 ^a
Loét miệng	35 (89,7)	70 (88,6)	1,0 ^b
Nôn ói	11 (28,2)	35 (44,3)	0,1 ^a
Tiêu lỏng	1 (2,6)	10 (12,7)	0,1 ^b
Giật mình	26 (66,7)	63 (79,7)	0,1 ^a
Thất điều	10 (25,6)	36 (45,6)	0,04 ^a
Cơn ngưng thở	32 (82,1)	59 (74,7)	0,4 ^a
Thở nhanh	19 (48,7)	32 (40,5)	0,4 ^a
Thở nông	3 (7,7)	3 (3,8)	0,4 ^b
Thở rút lõm ngực	0 (0)	12 (15,2)	0,01 ^b
Mạch >170 lần/phút	3 (7,7)	6 (7,6)	1,0 ^b
Huyết áp cao	15 (38,5)	32 (40,5)	0,8 ^a
Da nổi bông	1 (2,6)	3 (3,8)	1,0 ^b
Sốc	0 (0)	10 (12,7)	0,03 ^b
Cận lâm sàng			
Bạch cầu >16 k/μL	7 (17,9)	14 (17,7)	0,9 ^a
Neu/Lym >2	5 (13,5)	27 (34,6)	0,02 ^a
Tiểu cầu >400 k/μL	17 (43,6)	29 (36,7)	0,5 ^a
CRP >10 mg/L	6 (15,4)	21 (26,6)	0,2 ^a
Lactate >2 mmol/L	20 (51,3)	44 (55,7)	0,7 ^a
Troponin I/T (+)	0 (0)	9 (11,4)	0,03 ^b
EV71 (+)	4 (10,3)	7 (9,0)	1,0 ^b
Điều trị			
Phenobarbital	38 (97,4)	78 (98,7)	1,0 ^b
Milrinon	4 (10,3)	14 (17,7)	0,4 ^b
Vận mạch	1 (2,6)	10 (12,7)	0,1 ^b
Chống phù não	3 (7,7)	20 (25,3)	0,03 ^b
Thời gian thở máy	2,7 (2,0-3,2)*	2,9 (2,1-3,7)*	0,2 ^c

Kết quả điều trị			
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	5 (4-6)*	6 (5-7)*	0,06 ^c
Thời gian nằm viện (ngày)	9 (7-12)*	10(8-12)*	0,2 ^c
Hồi phục hoàn toàn	37 (94,9)	62 (78,5)	0,03 ^b
Di chứng	2 (5,1)	15 (19,0)	0,05 ^b
Tử vong	0 (0)	2 (2,5)	1,0 ^b

a: phép kiểm chi bình thường; b: phép kiểm Fisher's exact; c: phép kiểm Mann-Whitney U; *: trung vị (khoảng tứ vị)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm dân số học. Tuổi của bệnh nhân TCM thở máy có trung vị là 22 tháng, tuổi dưới 36 tháng là 86,4%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đào Hữu Nam (2025) với tuổi trung bình là 25,4 tháng và tỉ lệ trẻ dưới 36 tháng là 77% [5]. Tuy nhiên tỉ lệ nam: nữ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Đào Hữu Nam (2025) và Kiều Quốc Thanh (2025), 1,5:1 so với 2,1:1 và 1,7:1 [5,6].

Trẻ không có bệnh lý nền và tình trạng dinh dưỡng bình thường chiếm tỉ lệ cao, 95,8% và 69,5%. Kết quả này cho thấy bệnh TCM nặng có thể xảy ra ở cả những trẻ hoàn toàn khỏe mạnh.

Về phân bố theo tháng nhập viện, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hai giai đoạn có số lượng bệnh nhân nhập viện nhiều nhất là tháng 7-8 và tháng 11. Điều này tương tự so với tác giả Kiều Quốc Thanh (2025) [6].

Đặc điểm lâm sàng. 52,5% bệnh nhân nhập viện với lí do là sốt. Phân độ 2A chiếm tỉ lệ cao nhất trong chẩn đoán nhập viện (42,4%). Có sự khác biệt so với tác giả Kiều Quốc Thanh (2025), ghi nhận kết quả với 47,7% trẻ nhập viện vì giật mình, 54,9% được chẩn đoán độ 2B nhóm 1 lúc nhập viện [6].

Chúng tôi ghi nhận 92 ca chuyển độ nặng hơn. Thời gian chuyển độ có trung vị là 11,5 giờ. Chưa có nhiều nghiên cứu đề cập tới vấn đề này. Yuanjun Peng (2023) với tỉ lệ chuyển độ trong 24 giờ sau nhập viện là 47% [7]. Có thể thấy bệnh TCM những năm gần đây có thời gian chuyển độ ngắn từ 12 – 24 giờ.

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tất cả bệnh nhân TCM thở máy đều có sốt kèm theo ban da và/hoặc loét miệng. Tỉ lệ biến chứng thần kinh cao nhất với 100% bệnh nhân biểu hiện triệu chứng. Các triệu chứng liên quan đến biến chứng thường gặp là cơn ngưng thở (77,1%), giật mình (75,4%), thở nhanh (43,2%), huyết áp cao (39,8%).

Đặc điểm cận lâm sàng. Lactate >2 mmol/L là bất thường thường gặp nhất (54,2%), sau đó là tiểu cầu > 400 k/ μ L (39,0%), Neu/Lym >2 (27,1%). Các chỉ báo nguy cơ nặng trên cận lâm sàng đều chưa tới 50% tổng số trường hợp (ngoại trừ lactate >2 mmol/L). Có thể thấy dù có nhiều chỉ báo cận lâm sàng về nguy cơ diễn tiến nặng, nhưng đa số đều có tỉ lệ dưới 50% làm cho khả năng phát hiện sớm những trường hợp nặng bị hạn chế.

Chỉ có 11 ca dương tính với EV71 (9,3%). Con số này thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trước đây khi EV71 thường là tác nhân chiếm ưu thế [5,7].

4.2. Đặc điểm điều trị và kết quả điều trị

Đặc điểm điều trị. Chỉ định đặt nội khí quản nhiều nhất trong nghiên cứu là bệnh nhân có cơn ngưng thở (76,4%). Thời gian thở máy có trung vị là 2,9 ngày. Thở máy là biện pháp điều trị cần thiết đảm bảo bệnh nhân ổn định, tránh tổn thương thêm thần kinh. Thời điểm đặt nội khí quản quan trọng trong tiên lượng bệnh. Chúng tôi đặt nội khí quản ngay khi bệnh nhân có cơn ngưng thở >10 giây hay có nhiều cơn ngưng thở ngắn, đặc biệt thở không đều, thở nhanh nông.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân được sử dụng IVIG, trong số đó có 33,1% dùng 1 liều và 66,9% dùng 2 liều. Không có một nghiên cứu nào đến nay cho thấy vai trò mạnh mẽ của IVIG trong TCM. Tuy nhiên phác đồ Bộ Y Tế đòi hỏi điều trị IVIG với tổng liều 2g/kg. Một số nghiên cứu cho thấy liều > 1g/kg có lợi hơn liều thấp. Năm 2023 trong điều kiện sau đại dịch, thiếu IVIG, chúng tôi linh động đánh giá chỉ những trẻ nào còn mạch nhanh, sốt cao sau IVIG liều thứ 1 thì mới dùng IVIG liều 2.

Bảng 2 cho thấy nhóm 1 liều IVIG có kết quả hồi phục tốt hơn nhóm 2 liều IVIG. Tuy nhiên phân bố mẫu vào 2 nhóm là không giống nhau. Do vậy cần có thêm các nghiên cứu về vai trò của IVIG trong bệnh TCM.

Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu này, kết cục điều trị của 118 bệnh nhân TCM thở tại khoa Hồi Sức Nhiễm Bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2023 cho thấy tỉ lệ hồi phục hoàn toàn chiếm đa số với 99 ca (83,9%), trong khi 17 ca (14,4%) có di chứng và 2 ca (1,7%) tử vong. Mặc dù có tỉ lệ tử vong thấp, hầu hết do trẻ nhập viện trong tình trạng độ 4 sốc sâu. Áp dụng tất cả các biện pháp điều trị hiện nay, nhưng không hiệu quả. Do vậy, cần hơn nữa tuyên truyền, giáo dục để trẻ được đưa đến bệnh viện sớm hơn. Tỉ lệ di chứng cao, phản ánh tổn thương không hồi phục của não. Vậy nên cần phải phòng ngừa để trẻ không mắc

bệnh vì chúng ta chưa có các biện pháp hiệu quả 100% trong việc phòng ngừa diễn tiến của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Bệnh TCM là bệnh truyền nhiễm thường gặp, nhất là đối với trẻ dưới 36 tháng tuổi. Trẻ thở máy thường do các biến chứng thần kinh, hô hấp và tỉ lệ di chứng còn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** A Guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease. 2011.
2. **Bộ Y tế Việt Nam.** Quyết định số 1003/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Tay chân miệng. 2012. p. 1-10.
3. **Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh VN.** Tình hình dịch bệnh sốt xuất huyết và tay chân miệng tại TP. Hồ Chí Minh tính đến tuần 52/2023 2023. Available from:

<https://hcdc.vn/tinh-hinh-dich-benh-sot-xuat-huyet-va-tay-chan-mieng-tai-tp-ho-chi-minh-tinh-den-tuan-522023-47tDje.html>

4. **Li XW, Ni X, Qian SY, et al.** Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of hand, foot and mouth disease (2018 edition). World J Pediatr. 2018 Oct;14(5):437-447.
5. **Đào Hữu, N., Lê Thị Ngọc, T., Tạ Quang, T., & Phạm Văn, Đэм (2025).** 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. Tạp Chí Y học Việt Nam, 553(1).
6. **Kiêu, Q. T., & Phùng, N. T. N. (2025).** Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và diễn tiến của tay chân miệng nặng tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố năm 2023. Tạp Chí Y học Việt Nam, 555(1).
7. **Peng Y, He W, Zheng Z, et al.** Factors related to the mortality risk of severe hand, foot, and mouth diseases (HFMD): a 5-year hospital-based survey in Guangxi, Southern China. BMC Infectious Diseases. 2023;23(1).

KẾT QUẢ TRÁM BÍT ỐNG TỦY Ở NHÓM RĂNG HÀM NHỎ CÓ SỬ DỤNG SEALER BIOROOT TRÊN RĂNG KHÔ

Phạm Thị Nhung¹, Đoàn Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả tạo hình ống tủy răng khô hàm nhỏ bằng hệ thống R motion trên phim CTconbeam. Đánh giá kết quả trám bít ống tủy có sử dụng sealer Bioroot của nhóm răng trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 40 răng hàm nhỏ đã được nhổ tại khoa răng hàm mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, từ tháng 7/2024 đến 4/2025. Nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu thực nghiệm không đối chứng. **Kết quả và kết luận:** Kết quả sửa soạn ống tủy trên phim Cone beam CT (CBCT) có kết quả tốt là 96,2%, trung bình là 3,8%. 36/40 răng được hàn ống tủy với sealer BioRoot có hình ảnh đồng nhất, chiếm tỷ lệ 90%; 4 trường hợp có khoảng trống trên phim CBCT (chiếm 10%). Kết quả trám bít ống tủy mức độ tốt chiếm 95%, trung bình 5%. **Từ khoá:** Vật liệu nội nha, sealer BioRoot, trám bít ống tủy

SUMMARY

RESULTS OF ROOT CANAL OBTURATION IN THE GROUP OF SMALL MOLARS USING BIOROOT SEALER ON DRY TEETH

Objective: Evaluate the results of creating a root canal in small jaw using the R motion system on CTconbeam. Evaluating the results of root canal filling

using Bioroot sealer in the upper tooth group. **Subject and research methods:** The study was conducted on 40 extracted premolars at the Department of Stomatology, Hai Phong Medical University hospital, from July 2024 to April 2025. The study was designed as a non-controlled experimental research. **Results and conclusions:** The results of the preparation of the root canal on CBCT show a good outcome of 96,2% and an average of 3,8%. 36/40 teeth was filling root canal by sealer BioRoot fitting, accounting for 90%. 4 cases have space in CTCB accounting for 10%. Result of filling root canal is good 96,2%, medium 3,8%. **Keywords:** Material endodontic, sealer BioRoot, filling root canal

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển không ngừng của công nghệ kỹ thuật, việc tạo hình hệ thống ống tủy và trám bít kín hệ thống ống tủy vẫn luôn là thách thức đối với các bác sĩ nha khoa. Răng hàm nhỏ là một trong những nhóm răng có đặc điểm hình thái ống tủy phức tạp. Trong đó, tỷ lệ ống tủy cong, ống tủy dạng đẹt và oval của nhóm răng này khá cao [1]. Hiện nay, rất nhiều vật liệu cũng như phương pháp trám bít ống tủy đã được phát triển nhằm làm tăng chất lượng của việc điều trị nội nha. Xi măng trám bít ống tủy được sử dụng để liên kết với côn gutta- percha hoặc các loại côn đặc khác để tạo nên một khối đồng nhất trong ống tủy chân răng. Cho đến nay, chưa có nhiều tác giả nghiên cứu sử dụng sealer BioRoot để trám bít hệ thống ống tủy tại Việt

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Nhung

Email: ptnhung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025