

người bệnh nhiễm khuẩn huyết điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 14 (2), 348-353.

12. Trần Văn Sĩ, Đỗ Hữu Trí và Nguyễn Văn Thành. (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh nhiễm khuẩn huyết Bệnh viện đa khoa Kiên Giang. Tạp chí Y học Thực hành, 815 (4), 50-56.

13. S. I. Nwadioha, E. O. P. Nwokedi. (2010). "Bacterial isolates in blood cultures of children with suspected septicaemia in a Nigerian kano hospital". The internet journal of infectious diseases, 8 (1).

14. S. A. Atul Garg, Jaya Garg. (2007). "Bacteriological profile and antimicrobial resistance of blood culture isolates from a university hospital". Indian academy of clinical medicine, 8 (2)

15. Trần Thị Thanh Nga, Nguyễn Thanh Bảo và Cao Minh Nga (2015). Tác nhân vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết và sự đề kháng kháng sinh tại khoa hồi sức cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 19 (1),

16. Ngô Thị Thi và Đặng Thu Hằng (1999). "Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em căn nguyên vi khuẩn và tình hình kháng kháng sinh", Nội dung báo cáo khoa học, Hà Nội, 111-119.

MÔ TẢ THỰC TRẠNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG TẠI THÀNH PHỐ THÁI BÌNH GIAI ĐOẠN 2019-2021

Hà Thị Phương Thảo^{1*}, Trần Thị Khuyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh tay chân miệng tại thành phố Thái Bình giai đoạn 2019-2021

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành hồi cứu toàn bộ 254 hồ sơ bệnh án, sổ sách đủ tiêu chuẩn về bệnh trong giai đoạn này tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật Thái Bình.

Kết quả: Trong các tháng của các năm thì đỉnh dịch vào tháng 2-4 và tháng 6 -7. Năm 2020 có số ca mắc cao nhất là 126 trường hợp. Trẻ nam mắc cao hơn trẻ nữ (60,6% và 39,4%); lứa tuổi mắc cao nhất là 1 - 3 tuổi (68,5%). Triệu chứng lâm sàng của các ca bệnh cao nhất là sốt (99,6%), tiếp đến là phỏng nước bàn chân (88,6%), thấp nhất là phỏng nước vùng gối (16,9%). Tỷ lệ khỏi bệnh là 99,6%; không có trường hợp tử vong; có 89 trường hợp được xét nghiệm; tỷ lệ Coxsackievirus A chiếm 16,1%; EV71 chiếm 15,4%; duy nhất 1 trường hợp có biến chứng rối loạn tri giác (0,4%).

Từ khóa: Bệnh tay chân miệng

ABSTRACT

DESCRIPTION OF HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE IN THAI BINH CITY IN THE PERIOD OF 2019-2021

Objective: Describe the current situation of hand, foot and mouth disease in the period of 2019-2021 in Thai Binh city

Method: The cross-sectional study was conducted retrospectively on all 254 medical records and books that met the criteria for disease in this period at CDC Thai Binh.

Results: In the months of the years, the epidemic peaks in February-April and June-July. In 2020, the highest number of cases was 126 cases. Male children were more affected than girls (60.6% and 39.4%); The most affected age group is 1-3 years old (68.5%). The clinical symptoms of the highest cases were fever (99.6%), followed by scalds of the feet (88.6%), and the lowest were scalds of the knee (16.9%). The cure rate is 99.6%; no deaths; there were 89 tested cases; the rate of Coxsackievirus A accounted for 16.1%; EV71 accounts for 15.4%; only 1 case had complications of cognitive disorder (0.4%).

Keywords: Hand foot and mouth disease

1. Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Phương Thảo

Email: phuongthaodptb@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/11/2022

Ngày phản biện: 06/12/2022

Ngày duyệt bài: 08/12/2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) trong những năm gần đây đã trở thành một bệnh truyền nhiễm toàn cầu, và căn nguyên phổ biến nhất là Coxsackie A16 và EV71. Đối tượng dễ mắc bệnh nhất là trẻ em dưới 5 tuổi [1]. Các vụ bùng phát dịch bệnh tay chân miệng xảy ra theo chu kỳ vài năm một lần tại nhiều nơi trên thế giới và trong vòng hơn mười năm trở lại đây. Năm 2011 Việt Nam ghi nhận sự gia tăng đột biến với 112.370 trường hợp bệnh được báo cáo trong đó có 169 trường hợp tử vong từ tất cả 63 tỉnh thành trên toàn quốc. Đây là tỉ lệ tử vong cao nhất của bệnh tay chân miệng từ trước đến nay tại Việt Nam theo những số liệu được công bố [2]. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh tay chân miệng giai đoạn 2019-2021 tại thành phố Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

+ Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em mắc tay chân miệng theo hồ sơ số liệu hồi cứu bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh TCM ghi nhận được trong thời gian 3 năm từ 1/1/2019 đến 31/12/2021 tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình (CDC).

+ Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2022 đến tháng 06/2022

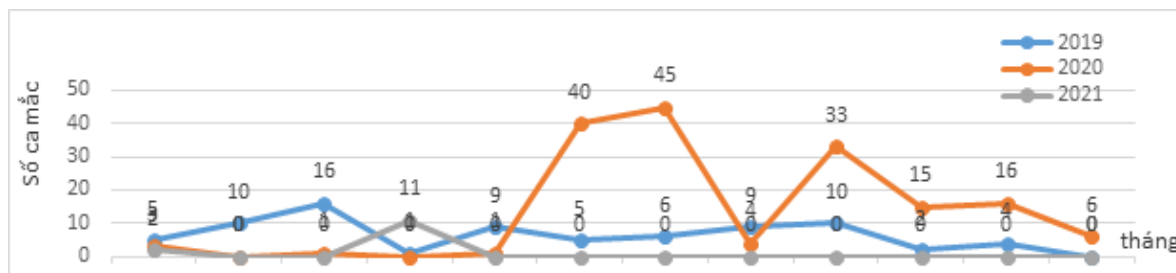
+ Địa bàn nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại thành phố Thái Bình.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang với nghiên cứu hồi cứu để xác định thực trạng bệnh tay chân miệng trong 3 năm 2019-2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Phân bố ca bệnh theo từng năm 2019, 2020, 2021

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy, năm 2019 có 77 ca mắc bệnh, trong đó tháng mắc cao nhất là 16 trường hợp là tháng 3; tháng 2 và tháng 9 là 10 trường hợp, tháng 8 là 9 trường hợp. Các tháng khác mắc ít

Cỡ mẫu: là toàn bộ hồ sơ, sổ sách về bệnh trong 3 năm 2019-2021 tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình. Thực tế chúng tôi đã thu thập được 254 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn điều tra về bệnh TCM.

Phương pháp chọn mẫu: toàn bộ các hồ sơ, sổ sách, bệnh án của những ca bệnh tay chân miệng của thành phố Thái Bình trong 3 năm là 2019, 2020 và 2021 được lưu trữ tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình.

Phương pháp thu thập thông tin: Bộ công cụ để thu thập thông tin hồi cứu về bệnh TCM tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình

Kỹ thuật thu thập thông tin: Dựa vào các báo cáo tháng, năm Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình về bệnh TCM để ghi vào phiếu phỏng vấn.

2.3. Xử lý số liệu

- Nhập, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0, với các test thống kê thông thường như tính tỷ lệ %,

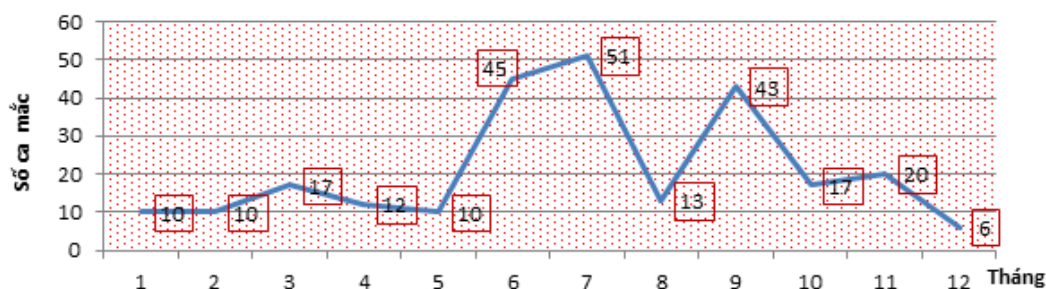
- Thống kê mô tả: lập các bảng phân bố tần số của các biến.

- Thống kê phân tích: Sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ và xác định mối liên quan giữa các biến phân loại.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

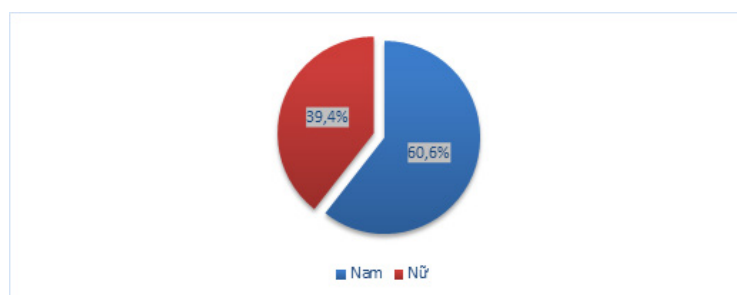
Nghiên cứu đã được thực hiện theo đề cương. Đề cương tuân thủ theo quyết định số 219/QĐ-YDTB ngày 28/2/2022 về việc thành lập Hội đồng đề cương luận văn thạc sỹ chuyên ngành YHDP, YTCC khóa 2020-2022.

hơn. Năm 2020 có 164 trường hợp mắc bệnh, trong đó tháng có nhiều ca mắc nhất cũng là tháng 7 với 45 trường hợp; tháng 6 với 40 trường hợp. Năm 2021 có 13 trường hợp mắc bệnh, trong đó phân bố ca bệnh ở tháng 4 là cao nhất với 11 trường hợp.



Biểu đồ 2. Phân bố ca bệnh theo tháng trong 3 năm từ 2019 đến 2021 (n=254)

Kết quả biểu đồ 2 cho thấy đỉnh dịch của 3 năm là tháng 7 với 51 trường hợp mắc, các tháng 6 với 45 trường hợp; tháng 9 là 43 trường hợp; còn lại các tháng khác phân bố ca bệnh ít hơn.



Biểu đồ 3. Phân bố ca bệnh theo giới tính trong 3 năm (n=254)

Kết quả biểu đồ 3 cho thấy trong số các ca bệnh tay chân miệng thì tỷ lệ nam là 60,6%; ở nữ là 39,4%.

Bảng 1. Phân bố ca bệnh tay chân miệng theo nhóm tuổi (n=254)

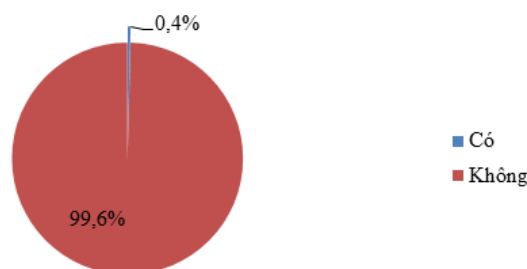
Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 1 tuổi	54	21,3
Từ 1- 3 tuổi	174	68,5
Trên 3 - 5 tuổi	25	9,8
Trên 5 tuổi	1	0,4

Kết quả phân bố các ca bệnh tay chân miệng theo nhóm tuổi được trình bày tại bảng 1; kết quả cho thấy nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trẻ từ 1 đến 3 tuổi chiếm 68,5%; sau đến nhóm dưới 1 tuổi chiếm 21,3%; nhóm trên 5 tuổi thấp nhất (0,4%).

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của các ca bệnh(n=254)

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sốt	253	99,6
Phồng nước bàn chân	225	88,6
Phồng nước vùng mông	39	15,4
Phồng nước vùng gối	43	16,9
Phồng nước bàn tay	225	88,6
Loét miệng, họng	238	93,7

Khi mô tả các triệu chứng lâm sàng trường hợp tay chân miệng, kết quả bảng 2 cho thấy hầu hết các trường hợp đều có sốt (99,6%); phỏng nước bàn chân (88,6%); phỏng nước bàn tay (88,6%); loét miệng họng (93,7%); có phỏng nước vùng mông và gối chiếm tỷ lệ thấp (15,4% và 16,9%).



Biểu đồ 4. Tỷ lệ các ca bệnh có biến chứng (n=254)

Biểu đồ 4 cho thấy trong các ca bệnh được điều tra có 99,6% không bị biến chứng; chỉ 1 ca duy nhất có biến chứng rối loạn tri giác.

Bảng 3. Tỷ lệ ca bệnh được xét nghiệm (n = 254)

Xét nghiệm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số ca được xét nghiệm	89	35,0
Kết quả xét nghiệm		
Coxsackie A	41	46,1
EV71	39	43,8
Âm tính	9	10,1

Kết quả bảng 3 cho thấy, chỉ có 89 trường hợp (chiếm 35%) số trẻ bị bệnh được xét nghiệm. Trong 89 ca bệnh được xét nghiệm tìm virus thì 89,9% có kết quả dương tính với Enterovirus, trong đó dương tính với Coxsackie A là 46,1%; EV 71 là 43,8%.

Bảng 4. Kết quả điều trị các ca bệnh (n=254)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khỏi	254	100
Chuyển viện	-	-
Di chứng, Tử vong	-	-

Trong các ca bệnh tay chân miệng được điều tra khỏi bệnh là 100%; không có chuyển viện; không có trường hợp di chứng và tử vong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố các ca bệnh TCM ở thành phố Thái Bình

Trong thời gian 3 năm, tại thành phố Thái Bình bệnh TCM xuất hiện rải rác vào các tháng quanh năm. Phân bố các trường hợp bệnh trong năm 2019 được thể hiện ở biểu đồ 1 với 66 trường hợp bệnh; đỉnh dịch xuất hiện vào tháng 2 và tháng 3. Trong năm 2020 số trường hợp mắc tăng lên với 126 trường hợp và đỉnh dịch xuất hiện ở tháng 6 -7 và tháng 9-11. Trong năm 2021 với 13 trường hợp bệnh, đỉnh dịch xuất hiện cao nhất vào tháng

4. Phân bố các ca bệnh trong ba năm từ 2019 đến 2021 thì số ca mắc tăng cao ở các tháng 3, 6 - 7 và 9. Sự phân bố các ca mắc này cũng hoàn toàn phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh. Tại Việt Nam, bệnh TCM gặp rải rác trong tất cả các tháng ở hầu hết các địa phương, xu hướng có 2 đỉnh cao từ tháng 2 đến tháng 4 và từ tháng 7 đến tháng 9 [3]. Miền Bắc đỉnh dịch khác nhau theo từng năm vào các tháng 3, 5, 8, 9 và 11[4]. Ở miền Nam thì số ca bệnh có xu hướng tăng từ tháng 5 và đỉnh dịch vào tháng 9, 10[5]. Tại Quảng Nam, số bệnh nhân nhập

viện tăng cao vào các tháng 3, 4 của năm [6]. Ở Hồ Nam - Trung Quốc, tỷ lệ mắc bệnh TCM tăng cao xảy ra ở các khu vực phía Bắc vào mùa hè, cao điểm vào tháng 6 hàng năm [7]. Kết quả trên cho thấy các ca bệnh tay chân miệng ở địa bàn nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như các nghiên cứu khác là bệnh xảy ra quanh năm và có xu hướng theo mùa, thường gặp nhiều vào mùa hè - thu. Sự thay đổi đỉnh dịch theo mùa có thể là do yếu tố khí hậu có lợi cho sự tồn tại của virus, sự thay đổi đáp ứng miễn dịch trong cơ thể vật chủ và các hành vi liên quan đến sự tiếp xúc giữa các vật chủ.

Trong nhóm tuổi mắc bệnh TCM được phân ra cho thấy nhóm từ 1 đến 3 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất chiếm 68,5%; sau đến nhóm dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ là 21,3%; tỷ lệ mắc thấp nhất là từ trên 5 tuổi 0,4% (bảng 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác ở Việt Nam. Theo Ngũ Duy Nghĩa và cộng sự [8], trong hoạt động giám sát trọng điểm TCM từ năm 2016 đến năm 2018 tại khu vực miền Bắc, nhóm tuổi dưới 5 mắc TCM chiếm tỷ lệ 98,5%. Tương tự như vậy, một nghiên cứu ở các tỉnh miền nam Việt Nam, bệnh TCM tập trung chủ yếu ở nhóm dưới 5 tuổi (95,7%) [5]. Nghiên cứu của tác giả Thái Quang Hùng về đặc điểm dịch tễ học bệnh TCM tại tỉnh Đắk Lắk, tác giả cũng chỉ ra kết quả tương tự như kết quả của chúng tôi: tỷ lệ mắc ở lứa tuổi từ 0-4 tuổi là 96,67% [9].

4.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi khai thác đến một số triệu chứng lâm sàng, kết quả cho thấy đa số các bệnh nhân được chẩn đoán là chân tay miệng đều có những triệu chứng đặc hiệu của bệnh đó là triệu chứng sốt chiếm 99,6%; loét miệng họng là 93,7%; triệu chứng phỏng nước bàn chân và bàn tay là 88,6% (bảng 4). Kết quả này tương tự với kết quả của một số nghiên cứu trong và ngoài nước về đặc điểm lâm sàng của bệnh TCM. Điều tra sự bùng phát bệnh TCM ở Ấn Độ năm 2013, triệu chứng chủ yếu ở bệnh nhân là sốt chiếm 71,2% và phát ban chủ yếu phân bố ở tay (100%), chân (92%), miệng (77%) và mông (52,8%) [10]. Kết quả nghiên cứu của Tăng Chí Thượng khi các triệu chứng thường gặp là sốt 90,7%; phát ban 83,5%; mụn nước ở lòng bàn chân 72,3%, loét miệng 71,6%; mụn nước ở lòng bàn tay 64,4% [11]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong các trường hợp bị bệnh chỉ có 1/254 trẻ bị biến chứng rối loạn tri giác và 100% trường hợp bệnh khỏi; không có trường

hợp nặng phải chuyển viện hoặc tử vong. Điều này cũng cho thấy công tác y tế dự phòng về phòng chống dịch cũng như công tác điều trị cho bệnh nhân đã kịp thời và đạt kết quả tốt.

Tác nhân gây bệnh TCM là nhóm virus đường ruột (Enterovirus) trong đó thường gặp nhất là CV A16 và EV71. Với nghiên cứu của chúng tôi, kết quả bảng 5 cho thấy trong 254 bệnh nhân được chúng tôi xác định là bệnh tay chân miệng về lâm sàng thì có 89 bệnh nhân được xét nghiệm để tìm tác nhân gây bệnh. Kết quả cho thấy 89,9% có kết quả dương tính với Enterovirus, trong đó dương tính với Coxsackie A là 46,1%; EV 71 là 43,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với một số nghiên cứu khác. Giám sát trọng điểm bệnh TCM từ năm 2016 đến năm 2018 tại khu vực miền Bắc, kết quả cho thấy tỷ lệ dương tính chung với tác nhân gây bệnh TCM là 83,4%, trong đó các tác nhân gây bệnh chủ yếu tại các điểm giám sát là các CA6 (33%), EV71 (24,9%) và Enterovirus (21,7%) [8]. Nghiên cứu nhằm xác định sự lưu hành và một số đặc điểm dịch tễ của EV 71, CA6, CA16 gây bệnh TCM tại Hà Nội trong giai đoạn 2015 - 2017. Tổng số 197 trường hợp lâm sàng được phát hiện và lấy mẫu bệnh phẩm từ hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội, kết quả cho thấy EV 71 chiếm 31,1%; CA6 chiếm 31,1%; và CA16 chiếm 10,0%; các virus đường ruột khác chiếm 27,8% [12].

V. KẾT LUẬN

- Trong 12 tháng của các năm thì đỉnh dịch vào tháng 2-4 và tháng 6 -7. Số mắc năm 2020 cao nhất là 126 trường hợp.

- Trẻ nam mắc cao hơn trẻ nữ (60,6% và 39,4%); lứa tuổi mắc cao nhất là 1 - 3 tuổi (68,5%). Các bà mẹ làm nông nghiệp có số trẻ mắc cao nhất (39,0%).

- Triệu chứng lâm sàng của các ca bệnh cao nhất là sốt (99,6%), tiếp đến là phỏng nước bàn chân (88,6%), thấp nhất là phỏng nước vùng gối (16,9%)

- Tỷ lệ khỏi bệnh là 99,6%; không có trường hợp tử vong; có 89 trường hợp được xét nghiệm; tỷ lệ Coxsackievirus A chiếm 16,1%; EV71 chiếm 15,4%; duy nhất 1 trường hợp có biến chứng rối loạn tri giác (0,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang Z., Zhang Q., Cowling B.J., et al. (2017), Estimating the incubation period of hand, foot and mouth disease for children in different age groups. Sci Rep, 7, p. 16464.

2. **Who in Viet Nam (2011)**, Hand foot and mouth disease.
3. **Thư Nguyễn Kim (2016)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi rút gây bệnh Tay Chân Miệng tại Việt Nam. Luận án Tiến sĩ chuyên ngành Truyền nhiễm và các bệnh Nhiệt Đới. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Quỳnh Nguyễn Ngọc, Huế Trần Thị Minh và cộng sự (2016)**, “Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại Hà Nội từ năm 2011-2014”, Tạp chí Y học dự phòng, tập XXVI, số 2 (175), Tr. 31.
5. **Quân Đoàn Ngọc Minh, Hùng Phan Công và cộng sự (2017)**, “Đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại khu vực phía Nam giai đoạn 2013-2016”, Tạp chí Y học dự phòng, tập 27, số 11, Tr. 129.
6. **Thiếu Nguyễn Thị (2014)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc bệnh tay chân miệng, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 18, số 4.
7. **Rui J., Luo K., Chen Q., et al. (2021)**. Early warning of hand, foot, and mouth disease transmission: A modeling study in mainland, China. PLoS Negl Trop Dis, 15(3), e0009233.
8. **Nghĩa Ngũ Duy, Tú Ngô Huy (2019)**, kết quả giám sát trọng điểm bệnh tay chân miệng tại miền Bắc Việt Nam, 2016-2018, Tạp chí Y học dự phòng, tập 29, số 12.
9. **Hùng Thái Quang (2017)**, Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Đắk Lắk và các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Huế.
10. **Palani S., Nagarajan M., Biswas A.K., et al. (2018)**, Indian Pediatr, 55(5), 408-410.
11. **Tăng Chí Thượng, Nguyễn Thanh Hùng, Đỗ Văn Niệm và cộng sự (2011)**, Đặc điểm dân số học và biểu hiện lâm sàng bệnh tay chân miệng do Enterovirus, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản của số 3, năm 2021.
12. **Ánh Trần Thị Ngọc, Quân Phan Hồng, Bằng Nguyễn Văn (2019)**, Đặc điểm dịch tễ học và sự lưu hành một số type virus đường ruột gây bệnh tay chân miệng ở người tại Hà Nội, giai đoạn 2015-2017, Tạp chí Y học dự phòng, tập 29, số 5.