

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG VÀ PHỔ CĂN NGUYÊN VI RÚT CỦA BỆNH TAY CHÂN MIỆNG Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NINH THUẬN NĂM 2025

Nguyễn Công Tâm¹, Nguyễn Văn Lập¹, Nguyễn Thành Tín¹, Nguyễn Bình Chương¹, Lê Huy Thạch^{1,*}

¹Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

*Tác giả liên hệ: Lê Huy Thạch; Email: lthtach67@gmail.com

Thông tin bài báo: Tiếp nhận: 08.01.2026; Chỉnh sửa: 01.02.2026; Chấp nhận đăng: 05.03.2026 ;

Công bố online: 20.03.2026.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và phổ căn nguyên vi rút của bệnh tay chân miệng (TCM) ở trẻ điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận năm 2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên tất cả trẻ ≤15 tuổi được chẩn đoán tay chân miệng theo hướng dẫn Bộ Y tế năm 2024 điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2025.

Kết quả: Nghiên cứu ghi nhận 38 bệnh nhi, trong đó trẻ nam chiếm 60,5% và nhóm tuổi 6-23 tháng chiếm ưu thế (71,1%). Phần lớn bệnh nhi sống ở khu vực nông thôn (63,9%) và có tình trạng suy dinh dưỡng (78,9%). Trong vòng 14 ngày trước khởi bệnh, 73,7% trẻ từng đến khu vui chơi đông người và 36,8% có tiền sử tiếp xúc với ca tay chân miệng. Các triệu chứng thường gặp khi nhập viện là loét/đau miệng (89,5%), phát ban ở tay (84,2%), quấy khóc (78,9%) và phát ban ở chân (68,4%). Về căn nguyên vi rút, EV-A71 được phát hiện ở 63,2% trường hợp, tiếp theo là CV-A6 (50,0%), CV-A16 (10,5%) và CV-A10 (7,9%). Đồng nhiễm vi rút được ghi nhận ở 34,2% bệnh nhi, trong đó kiểu EV-A71 kết hợp CV-A6 chiếm tỷ lệ cao nhất. **Kết luận:** Bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận năm 2025 chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ, đặc biệt dưới 2 tuổi, với tỷ lệ cao trẻ sống ở nông thôn và suy dinh dưỡng. EV-A71 và CV-A6 là hai chủng vi rút lưu hành chính, kèm theo tỷ lệ đồng nhiễm đáng kể, phản ánh sự lưu hành đồng thời của nhiều chủng Enterovirus tại địa phương. Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp dữ liệu thực tiễn cho công tác giám sát dịch tễ và căn nguyên vi rút của bệnh tay chân miệng tại tuyến tỉnh.

Từ khóa: tay chân miệng; EV-A71; Coxsackievirus A6; RT-PCR; VP1.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do các vi rút đường ruột thuộc chi Enterovirus gây ra, lây truyền chủ yếu qua đường phân-miệng và tiếp xúc trực tiếp, thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi [1,2,3]. Các tác nhân thường gặp gồm Enterovirus 71 (EV-A71), Coxsackievirus A16 (CV-A16), Coxsackievirus A6 (CV-A6) và Coxsackievirus A10 (CV-A10) [1,4]. Phần lớn các trường hợp TCM diễn tiến nhẹ và tự khỏi; tuy nhiên EV-A71 được ghi nhận có khả năng xâm nhập hệ thần kinh trung ương, gây biến chứng thần kinh và rối loạn thần kinh thực vật, làm tăng nguy cơ tử vong [2,3]. Do đó, việc giám sát căn nguyên vi rút có ý nghĩa quan trọng trong dự báo dịch và định hướng phòng, chống bệnh. Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu tại châu Á và Việt Nam cho thấy phổ tác nhân gây TCM đang có sự dịch chuyển, với sự gia tăng rõ rệt của CV-A6 và CV-A10 bên cạnh EV-A71 [4,5,6,7]. Các chủng này thường gây biểu hiện da lan rộng, không điển hình, dễ bỏ sót chẩn đoán nếu chỉ dựa vào lâm sàng. Bên cạnh đó, các báo cáo tại tuyến tỉnh về căn nguyên vi rút dựa trên kỹ thuật sinh học phân tử còn hạn chế, đa số mới dừng ở mô tả lâm sàng. Ninh Thuận là địa phương thường xuyên ghi nhận các ca TCM nhập viện, tuy nhiên chưa có nhiều dữ liệu công bố về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và phân bố căn nguyên vi rút tại bệnh viện tuyến tỉnh trong bối cảnh phổ tác nhân đang thay đổi. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và xác định các chủng vi rút gây bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận năm 2025, góp phần bổ sung dữ liệu giám sát dịch tễ học và căn nguyên vi rút tại khu vực.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ ≤ 15 tuổi, chẩn đoán tay chân miệng theo Quyết định 292/QĐ-BYT (2024) [6], điều trị nội trú tại Khoa Nhi-Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận từ 3/2025 đến 10/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

• Có biểu hiện lâm sàng phù hợp với chẩn đoán tay chân miệng theo hướng dẫn Bộ Y tế [6].

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ có bệnh nền mạn tính nặng (tim bẩm sinh phức tạp, suy giảm miễn dịch, ung thư...).
- Trẻ chuyển viện sớm khi chưa thu thập đầy đủ dữ liệu.
- Hồ sơ bệnh án thiếu các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu toàn bộ các trường hợp thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 38 mẫu nghiên cứu. Tất cả bệnh nhi nhập viện tại khoa nhi bệnh viện đa khoa Ninh Thuận trong thời gian nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chí loại trừ được hỏi bệnh sử tiền căn, thăm khám, đưa ra các quyết định về cận lâm sàng, chẩn đoán nhận định ban đầu. Sau đó bệnh nhi được thăm khám theo dõi diễn biến từng ngày cho đến khi ra khỏi khoa về lâm sàng, cho chỉ định cận lâm sàng và các biện pháp điều trị phù hợp theo từng bệnh nhi cụ thể. Mẫu máu để xét nghiệm được lấy lúc bệnh nhân vừa vào khoa, kỹ thuật lấy máu tĩnh mạch 0,5 ml cho vào ống có tráng chất chống đông (Ethylene diamine tetraacetic acid – EDTA). Sử dụng máy phân tích huyết học 26 thông số Horiba ABX Pentra XL 80 và được thực hiện tại khoa Huyết học bệnh viện Ninh Thuận.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học và dịch tễ: Giới, nhóm tuổi, Nhóm biến số đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ gồm 4 biến số nhẹ cân, thấp còi (suy dinh dưỡng mạn), gầy còm (suy dinh dưỡng cấp), thừa cân-béo phì. Xác định thông qua các chỉ số BMI (chỉ số khối cơ thể), WA (cân nặng theo tuổi), HA (chiều cao theo tuổi), WH (cân nặng theo chiều cao). Cách tính và phân loại dựa theo hướng dẫn của WHO 2018. Cân nặng (đơn vị kilogram), chiều cao đứng/chiều dài nằm (đơn vị centimet), và tuổi (theo tháng) được sử dụng để tính và phân loại các chỉ số trên, hành vi vệ sinh của người chăm sóc, tiền sử tiếp xúc nguồn lây (đi học, tiếp xúc ca TCM, đến khu vui chơi).

Đặc điểm lâm sàng: Đau miệng, sốt, nôn ói, quấy khóc; vị trí loét miệng và phát ban/bóng nước.

Căn nguyên vi rút: Xác định EV-A71, CV-A16, CV-A6, CV-A10 bằng RT-PCR.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Kỹ thuật xét nghiệm: Tách chiết ARN và thực hiện RT-PCR xác định Enterovirus, định danh các chủng theo quy trình phòng xét nghiệm sinh học phân tử. Mẫu lấy từ phết họng của trẻ nhập viện. Tiến hành lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm test nhanh và phối hợp CDC tỉnh để lấy bệnh phẩm làm PCR gửi Trung tâm nghiên cứu Y sinh, trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 23.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận chấp thuận. Người giám hộ hợp pháp của trẻ được giải thích mục tiêu nghiên cứu và ký cam kết đồng thuận tham gia. Mọi thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

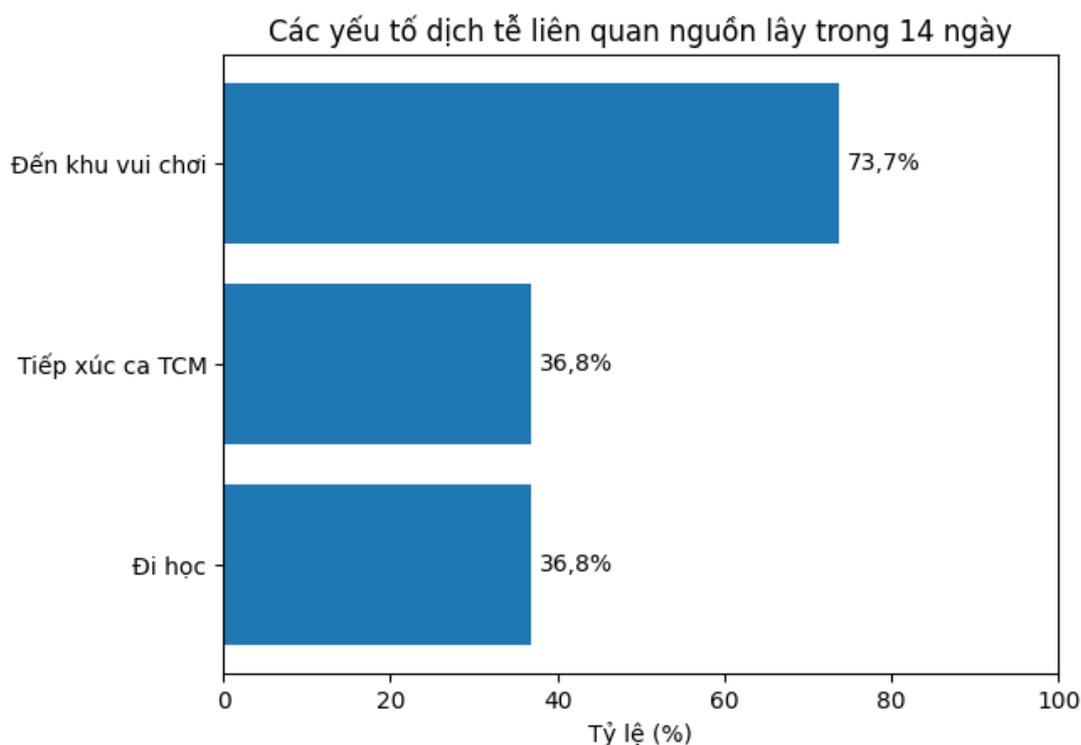
3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và tình trạng dinh dưỡng

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Giới	Nam	23	60,5
	Nữ	15	39,5
Nhóm tuổi (tháng)	6–11	12	31,6
	12–23	15	39,5

Đặc điểm	Phân loại	n	%
	24–36	9	23,7
	37–59	2	5,3
Nơi ở	Thành thị	13	36,1
	Nông thôn	23	63,9
Dân tộc	Kinh	29	76,3
	Chăm	7	18,4
	Khác	2	5,3
Tình trạng dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng	30	78,9
	Bình thường	7	18,4
	Thừa cân/béo phì	1	2,6
Người chăm sóc chính	Cha	1	2,6
	Mẹ	33	86,8
	Ông/bà	2	5,4
	Người khác	1	2,6

Nhận xét: Trẻ nam chiếm 60,5%, cao hơn trẻ nữ (39,5%). Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 6-23 tháng. Phần lớn trẻ sống tại khu vực nông thôn (63,9%). Tỷ lệ suy dinh dưỡng rất cao (78,9%).



Hình 3.1. Các yếu tố dịch tễ liên quan nguồn lây trong 14 ngày

Nhận xét: Trong vòng 14 ngày trước khởi bệnh, 73,7% trẻ đến khu vui chơi đồng người, 36,8% đi học nhà trẻ/mẫu giáo và 36,8% có tiếp xúc ca tay chân miệng.

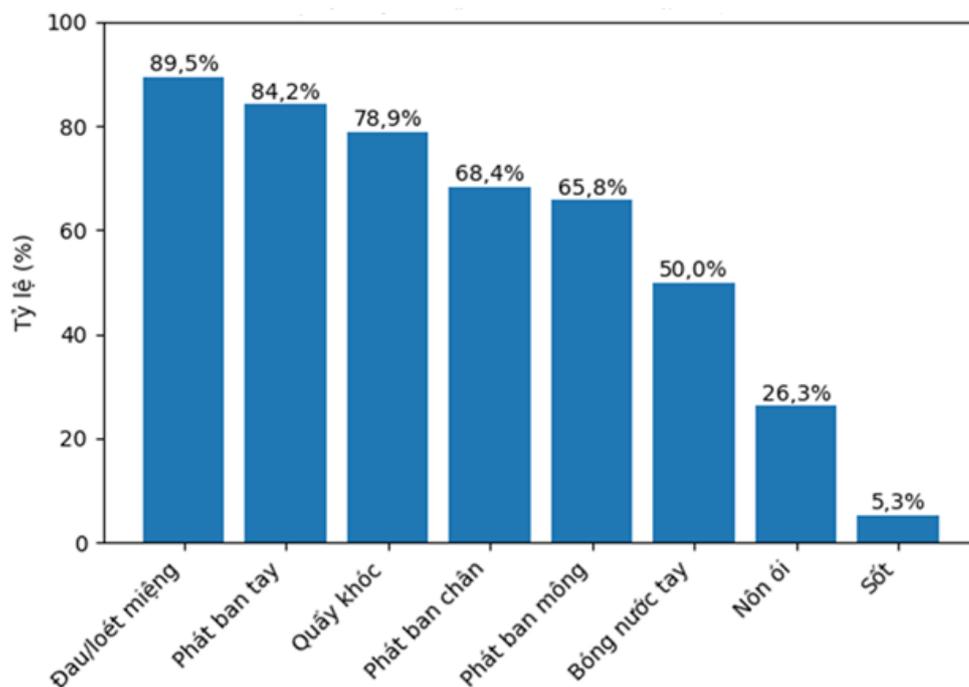
3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng khởi phát

Triệu chứng	n	%
Sốt	27	71,1
Phát ban/bóng nước	7	18,4
Loét miệng	4	10,5

Nhận xét: Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là sốt (71,1%), tiếp theo là phát ban/bóng nước

(18,4%) và loét miệng (10,5%).



Hình 3.2. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất khi nhập viện

Nhận xét: Khi nhập viện, các triệu chứng thường gặp nhất gồm: loét/đau miệng (89,5%), phát ban ở tay (84,2%), quấy khóc (78,9%), phát ban ở chân (68,4%), phát ban ở mông (65,8%), bóng nước ở tay (50,0%), nôn ói (26,3%) và sốt (5,3%).

Bảng 3.3. Phân độ lâm sàng nặng nhất trong quá trình điều trị

Phân độ lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Độ 1	1	2,6
Độ 2a	35	92,1
Độ 2b	2	5,2

Nhận xét: Độ 2a chiếm ưu thế tuyệt đối (92,1%), tỷ lệ độ 2b chỉ 5,2% và độ 1 là 2,6%. Không ghi nhận độ 3–4.

Bảng 3.4. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện (ngày)	n	%
1–3	3	7,9
4–7	31	81,6
≥8	4	10,5
Trung bình ± SD	5,8 ± 1,59	

Nhận xét: Đa số thời gian nằm viện từ 4-7 ngày (81,6%).

3.3. Căn nguyên vi rút và tình trạng đồng nhiễm

Bảng 3.5. Phân bố các chủng vi rút gây bệnh (RT-PCR)

Chủng vi rút	n	%
EV-A71	24	63,2
CV-A6	19	50,0
CV-A16	4	10,5
CV-A10	3	7,9
Enterovirus khác	4	10,5
Âm tính 4 chủng	2	5,2

Nhận xét: Kết quả RT-PCR cho thấy EV-A71 là chủng lưu hành chủ yếu, được phát hiện ở 63,2% bệnh

nhì. CV-A6 chiếm tỷ lệ cao thứ hai (50,0%), tiếp theo là CV-A16 (10,5%) và CV-A10 (7,9%). Ngoài ra, có 10,5% trường hợp nhiễm các chủng Enterovirus khác và 5,2% trường hợp âm tính với cả bốn chủng được khảo sát. Nhận xét này cho thấy EV-A71 và CV-A6 là hai tác nhân trội, phản ánh sự lưu hành đồng thời của nhiều chủng Enterovirus tại địa phương lưu ý một bệnh nhi có thể nhiễm hơn một chủng nên tổng tỷ lệ >100%.

Bảng 3.6. Tình trạng đồng nhiễm vi rút

Kiểu đồng nhiễm	n	%
EV-A71 + CV-A6	11	28,9
CV-A6 + CV-A16	3	7,9
EV-A71 + CV-A10	1	2,6
Đồng nhiễm ≥ 3 chủng	4	10,5
Tổng	13	34,2

Nhận xét: Trong số 38 bệnh nhi, ghi nhận 13 trường hợp đồng nhiễm vi rút, chiếm 34,2%. Kiểu đồng nhiễm thường gặp nhất là EV-A71 + CV-A6 (28,9%). Ngoài ra còn gặp các kiểu CV-A6 + CV-A16 (7,9%), EV-A71 + CV-A10 (2,6%) và đồng nhiễm từ ba chủng trở lên (10,5%).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh tay chân miệng tập trung chủ yếu ở trẻ nhỏ, đặc biệt nhóm 6–23 tháng tuổi. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung của tay chân miệng đã được WHO và nhiều tác giả ghi nhận, trong đó phần lớn ca bệnh xảy ra ở trẻ dưới 5 tuổi [1,2,4]. Nhóm tuổi 6-23 tháng được xem là giai đoạn “khoảng trống miễn dịch”, khi kháng thể thụ động từ mẹ giảm trong khi hệ miễn dịch của trẻ chưa hoàn thiện, làm tăng tính cảm thụ với Enterovirus [2,4]. Phần lớn bệnh nhi sống tại khu vực nông thôn và có tiền sử đến khu vui chơi hoặc tiếp xúc nguồn lây trước khởi bệnh. Điều này phù hợp với cơ chế lây truyền của tay chân miệng qua tiếp xúc gần, đồ chơi và bề mặt nhiễm bẩn, như đã được WHO và nhiều nghiên cứu dịch tễ học nhấn mạnh [1,4]. Trong nghiên cứu chúng tôi các trẻ đến nhập viện thường trễ nên khởi phát ban đầu là triệu chứng sốt nhưng sau đó có các biểu hiện đầy đủ của bệnh tay chân miệng. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu khá cao. Một số nghiên cứu cho thấy suy dinh dưỡng có thể làm suy giảm miễn dịch, góp phần làm tăng nguy cơ mắc bệnh và kéo dài thời gian đào thải vi rút [4,7]. Tuy nhiên, kết quả này cũng có thể chịu ảnh hưởng của thiên lệch chọn mẫu do nghiên cứu chỉ bao gồm các trường hợp điều trị nội trú, cũng như việc đánh giá dinh dưỡng tại thời điểm trẻ mắc bệnh cấp tính. Do đó, tỷ lệ suy dinh dưỡng cần được diễn giải thận trọng và cần các nghiên cứu có thiết kế phân tích để làm rõ mối liên quan [4,7].

Về căn nguyên, EV-A71 vẫn là chủng chiếm ưu thế trong nghiên cứu. Đây là tác nhân được chứng minh liên quan nhiều đến các ca bệnh nặng và biến chứng thần kinh [2,3]. Tuy nhiên, tỷ lệ CV-A6 cao cho thấy xu hướng dịch chuyển phổ tác nhân, tương tự các báo cáo gần đây tại Việt Nam và khu vực châu Á [4,5,7]. Nhiều nghiên cứu ghi nhận CV-A6 ngày càng đóng vai trò quan trọng trong các đợt dịch tay chân miệng, với biểu hiện da lan rộng và không điển hình [5]. Tỷ lệ đồng nhiễm vi rút chiếm hơn một phần ba số trường hợp. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu cho thấy sự lưu hành đồng thời của nhiều chủng Enterovirus và khả năng phát hiện đồng nhiễm khi áp dụng kỹ thuật RT-PCR đa mục tiêu [5,8]. Zhang và cộng sự ghi nhận rằng đồng nhiễm có thể liên quan đến tải lượng vi rút cao hơn và biểu hiện lâm sàng đa dạng hơn [8]. Tuy nhiên, do thiết kế mô tả và không thu thập dữ liệu về mức độ nặng hay biến cố lâm sàng, nghiên cứu này chưa đánh giá được mối liên quan giữa đồng nhiễm và diễn tiến bệnh, đây là hướng cần được khảo sát trong các nghiên cứu tiếp theo. Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, đối tượng chỉ bao gồm bệnh nhi điều trị nội trú nên mẫu nghiên cứu có thể thiên lệch về các trường hợp cần nhập viện và không đại diện cho toàn bộ phổ bệnh tay chân miệng trong cộng đồng. Thứ hai, cỡ mẫu còn hạn chế, làm giảm khả năng phân tích sâu các mối liên quan. Ngoài ra, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng tại thời điểm trẻ mắc bệnh cấp tính có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của phân loại.

5. KẾT LUẬN

Bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận năm 2025 chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ, nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ suy dinh dưỡng cao. Đa số trẻ có tiền sử đến khu vui chơi trước khởi bệnh. Lâm sàng thường gặp loét/đau miệng, quấy khóc và phát ban tay chân. EV-A71 và CV-A6 là hai chủng vi rút lưu hành chính, với tỷ lệ đồng nhiễm đáng kể.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn quý bệnh nhân và gia đình đã đồng ý tham gia nghiên cứu. Đồng thời cảm ơn quý đồng nghiệp của Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận đã hỗ trợ chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization, Hand, foot and mouth disease. WHO Western Pacific Region. 2018.
2. Lee KY. Enterovirus 71 infection and neurological complications. Korean Journal of Pediatrics. 2016;59(10):395–401.
3. Ooi MH, Wong SC, Lewthwaite P, Cardoso MJ, Solomon T, Clinical features, diagnosis, and management of enterovirus 71. The Lancet Neurology. 2010;9(11):1097–1105.
4. Hoang MTV, Nguyen TA, Tran TT, et al, Hand, foot and mouth disease in Vietnam: epidemiology and clinical characteristics. Clinical Infectious Diseases. 2018;67(5):760–767.
5. Nguyen To Anh, Le Nguyen Truc Nhu, Hoang Minh Tu Van, et al, Emerging Coxsackievirus A6 Causing Hand, Foot and Mouth Disease, Vietnam. Emerg Infect Dis. 2018;24(4):654-662.
6. Bộ Y tế, Quyết định số 292/QĐ-BYT ngày 2024 về hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh tay chân miệng. Hà Nội: Bộ Y tế; 2024.
7. Nguyễn Đức Thăng, Lê Đăng Ngạn, Nguyễn Yến Nhi và cộng sự, Đặc điểm dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến bệnh tay chân miệng ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Gò Công Đông, tỉnh Tiền Giang giai đoạn 2015-2019. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 2022;03(39).
8. Xie, J., Yang, XH., Hu, SQ. et al, Co-circulation of coxsackieviruses A-6, A-10, and A-16 causes hand, foot, and mouth disease in Guangzhou city, China.2020. BMC Infect Dis 20, 271.

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS AND VIRAL ETIOLOGICAL SPECTRUM OF HAND, FOOT, AND MOUTH DISEASE IN HOSPITALIZED CHILDREN AT NINH THUAN GENERAL HOSPITAL IN 2025

Nguyen Cong Tam¹, Nguyen Van Lap¹, Nguyen Thanh Tin¹, Nguyen Binh Chuong¹, Le Huy Thach^{1*}
¹ Ninh Thuan General Hospital, Khanh Hoa Province, Vietnam

Abstract

Objectives: To describe the epidemiological and clinical characteristics and to determine the viral etiological spectrum of hand, foot, and mouth disease (HFMD) among hospitalized children at Ninh Thuan General Hospital in 2025. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on all children aged ≤15 years who were hospitalized with HFMD according to the 2024 Ministry of Health guidelines and had positive PCR results for enterovirus between March and October 2025. **Results:** A total of 38 patients were included. Male patients accounted for 60.5%, and children aged 6–23 months comprised 71.1%. Most patients resided in rural areas (63.9%), and a high proportion were classified as malnourished (78.9%). Within 14 days prior to disease onset, 73.7% had visited crowded playgrounds, and 36.8% had a history of contact with HFMD cases. The most common clinical manifestations on admission were oral ulcers/oral pain (89.5%), hand rashes (84.2%), irritability (78.9%), and foot rashes (68.4%). EV-A71 was detected in 63.2% of cases, followed by CV-A6 (50.0%), CV-A16 (10.5%), and CV-A10 (7.9%). Viral co-infection was identified in 34.2% of patients, most frequently EV-A71 in combination with CV-A6. **Conclusions:** In 2025, HFMD at Ninh Thuan General Hospital predominantly affected young children, particularly those under two years of age, with a high prevalence of rural residence and malnutrition. EV-A71 and CV-A6 were the predominant circulating strains, with a substantial rate of viral co-infection, indicating the concurrent circulation of multiple enteroviruses in the local setting. These findings provide practical evidence for epidemiological and virological surveillance of HFMD at the provincial hospital level.

Keywords: hand, foot and mouth disease; EV-A71; Coxsackievirus A6; RT-PCR; VP1.