

3. Sharma, M., et al., Control of sexually transmitted infections and global elimination targets, South-East Asia Region. Bull World Health Organ, 2021. 99(4): p. 304-311.
4. WHO, Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. 2022.
5. Unemo, M., et al., Sexually transmitted infections: challenges ahead. Lancet Infect Dis, 2017. 17(8): p. e235-e279.
6. Steen, R., et al., Halting and reversing HIV epidemics in Asia by interrupting transmission in sex work: experience and outcomes from ten countries. Expert Rev Anti Infect Ther, 2013. 11(10): p. 999-1015.
7. Cordioli, M., et al., Clinic-based evaluation of the dual Xpert CT/NG assay on the GeneXpert System for screening for extragenital chlamydial and gonococcal infections amongst men who have sex with men. BMC Infectious Diseases, 2024. 24(1): p. 224.
8. Barrow, R.Y., et al., Recommendations for Providing Quality Sexually Transmitted Diseases Clinical Services, 2020. MMWR Recomm Rep, 2020. 68(5): p. 1-20.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH TAY CHÂN MIỆNG TẠI TỈNH CÀ MAU GIAI ĐOẠN 2017-2023

Huỳnh Ngọc Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Quan Phú<sup>2</sup>, Ngô Quốc Thống<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh tay chân miệng hầu hết khỏi bệnh và không để lại di chứng. Tuy nhiên, một số trường hợp có biến chứng nặng thậm chí tử vong. Do đó, xác định đặc điểm dịch tễ và các yếu tố nguy cơ là cần thiết. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm dịch tễ: nơi cư trú, tháng mắc bệnh, các yếu tố liên quan như: nhóm tuổi, giới tính, đến cơ sở y tế sau khi phát hiện bệnh, tại tỉnh Cà Mau giai đoạn 2017-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu trên 18057 trẻ mắc bệnh tay chân miệng từ năm 2017 đến năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ mắc bệnh tay chân miệng ở mức độ 1 và 2a chiếm 98,38%, trẻ trai 59,59% (10761) trẻ gái 40,41%(7296), tỷ lệ nhập viện là 65,75% điều trị ngoại trú là 34,25%, bệnh xuất hiện rải rác quanh năm và tăng cao từ tháng 9 đến tháng 11. Những trẻ ở nông thôn, đến cơ sở y tế muộn làm tăng chênh lệch có biến chứng với OR lần lượt là 1,22 và 1,50 giá trị p đều <0,05. Ngược lại, trẻ càng lớn tỷ lệ có biến chứng khi mắc bệnh có khuynh hướng giảm với OR=0,86 KTC95% [0,84-0,88] và không có sự khác biệt về tình trạng có biến chứng ở trẻ trai và trẻ gái, p=0,12 sau khi phân tích đa biến. **Kết luận:** Hầu hết trẻ mắc tay chân miệng đều ở mức độ nhẹ, trẻ trai mắc nhiều hơn trẻ gái, bệnh tăng cao ở tháng 9 đến tháng 11. Trẻ ở nông thôn, đến khám muộn làm tăng chênh lệch có biến chứng, ngược lại nhóm trẻ lớn sẽ giảm tỷ lệ có biến chứng. **Từ khóa:** bệnh tay chân miệng, biến chứng, tháng mắc bệnh.

### SUMMARY

#### EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO HAND,

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

<sup>2</sup>Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2025

Ngày duyệt bài: 14.2.2025

### FOOT AND MOUTH DISEASE IN CA MAU PROVINCE 2017-2023 PERIOD

**Introduction:** Most cases of Hand, Foot and Mouth Disease recover without sequelae. However, some cases have serious complications and even death. Therefore, it is necessary to determine the epidemiological characteristics and risk factors. **Objectives:** To determine the epidemiological characteristics: place of residence, month of illness, related factors such as: age group, gender, medical facility after detection of the disease, in Ca Mau province 2017-2023 period. **Subjects and methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 18057 children with Hand, Foot and Mouth Disease 2017-2023 period. Results: The rate of children with Hand, Foot and Mouth Disease at grades 1 and 2a accounted for 98.38%, boys 59.59% (10761) girls 40.41% (7296), the hospitalization rate was 65.75%, outpatient treatment was 34.25%, the disease appeared sporadically throughout the year and increased from September to November. Children in rural areas who went to medical facilities late increased the difference in complications with OR of 1.22 and 1.50, respectively, with p both <0.05. Conversely, the older the child, the lower the rate of complications when infected with OR=0.86 95% CI [0.84-0.88] and there was no difference in the status of complications in boys and girls, p=0.12 after multivariate analysis. **Conclusion:** Most children with Hand, Foot and Mouth Disease are mild, boys are more affected than girls, the disease increases from September to November. Children in rural areas who go to the doctor late increase the difference in complications, on the contrary, the group of older children will reduce the rate of complications.

**Keywords:** hand foot mouth disease; complications; month of illness.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là một bệnh truyền nhiễm cấp tính thường tự khỏi. Tuy nhiên, một số trường hợp có biến chứng nặng, thậm chí tử

vong. Hầu hết bệnh nhân có các triệu chứng nhẹ, bao gồm sốt, mệt mỏi và khó chịu về hô hấp. Một số ít bệnh nhân có thể bị viêm não, viêm màng não, viêm não tủy, viêm cơ tim, liệt cấp tính muện và thậm chí tử vong trong những trường hợp nặng thường gặp ở trẻ nhiễm nhiễm EV71[6] Bệnh TCM có nhiều loại gây bệnh, trong đó nhiễm EV71 xen kẽ nhiễm CoxA16 là loại chiếm ưu thế dẫn đến dịch bệnh TCM. Các biểu hiện lâm sàng khi nhiễm 2 loại virus này ở người là khác nhau. Các triệu chứng do CoxA16 gây ra thường nhẹ và tự khỏi, trong khi nhiễm EV71 khiến bệnh tiến triển nhanh chóng và có thể đe dọa tính mạng trong những trường hợp nặng [10]. Trên toàn thế giới, tỷ lệ bệnh TCM do nhiễm EV71 tăng dần trong những năm gần đây và trở thành mầm bệnh chính của bệnh[7].

Bệnh TCM xảy ra chủ yếu ở trẻ em dưới 3 tuổi và có sự khác biệt về giới tính, các báo cáo cho thấy tỷ lệ bé trai cao hơn bé gái [6]. Tỷ lệ mắc bệnh TCM cũng khác nhau tùy theo quốc gia, khu vực, mùa, vĩ độ, thời tiết và các yếu tố khác.[9] Các yếu tố làm gia tăng các biến chứng nặng như: thói quen hằng ngày, đi khám bệnh nhiều lần, trẻ có nhiều triệu chứng, nhập viện muộn.

Hiện nay, có nhiều bài báo mô tả đặc điểm và mối liên quan bệnh tay chân miệng khi trẻ còn nằm điều trị tại bệnh viện. Trong khi đó còn ít các nghiên cứu về dịch tễ và các yếu tố liên quan đến mức độ bệnh trong một giai đoạn tại một địa phương. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu hồi cứu đặc điểm dịch tễ mắc bệnh TCM trong thời gian từ năm 2017 đến năm 2023 nhằm cung cấp cơ sở dữ liệu cho việc phòng ngừa và kiểm soát dịch bệnh cho các sở y tế có liên quan.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**Tiêu chí chọn mẫu:** trẻ mắc tay chân miệng từ năm 2017-2023.

**Tiêu chí loại trừ:** trẻ mắc tay chân miệng không có dữ liệu đầy đủ trên phần mềm quản lý bệnh viện.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang mô tả.

- **Nguồn dữ liệu:** Từ phần mềm quản lý bệnh truyền nhiễm (<https://baocaobtn.vncdc.gov.vn>) của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Cà Mau chúng tôi xuất dữ liệu ra excel và chọn những trẻ mắc tay chân miệng có đầy đủ dữ liệu. Thông tin của trẻ được ghi vào phiếu thu thập dữ liệu.

- **Cỡ mẫu:** chọn tất cả những trẻ mắc tay chân miệng từ năm 2017 đến năm 2023 có đầy đủ dữ liệu cần thu thập.

- **Nội dung nghiên cứu:** Dữ liệu từ phần mềm được xuất ra excel và thông tin của trẻ mắc tay chân miệng được ghi vào phiếu thu thập dữ liệu. Xác định tỷ lệ các đặc điểm dịch tễ và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh.

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu sử dụng Epi-data 3.02 để nhập liệu, xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 16.0. Dùng chỉ số nguy cơ tương đối OR để đo lường mối liên quan, các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Qua thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 18.057 trẻ mắc tay chân miệng từ năm 2017 đến năm 2023 đủ tiêu chuẩn với kết quả như sau:

**3.1. Đặc điểm chung của trẻ mắc tay chân miệng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh tay chân miệng**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Giới tính</b>		
Trai	10.761	59,59
Gái	7.296	40,41
<b>Nơi cư trú</b>		
Nông thôn	13.587	75,25
Thành thị	4.470	24,75
<b>Nhóm tuổi</b>		
<12 tháng	2414	13,37
12 tháng - <24 tháng	6383	35,35
24 tháng - <36 tháng	3996	22,13
36 tháng - <48 tháng	2450	13,57
≥48 tháng	2814	15,58
<b>Phân độ bệnh</b>		
Độ 1	8241	45,64
Độ 2a	9524	52,74
Độ 2b	239	1,32
Độ 3	47	0,26
Độ 4	6	0,03
<b>Thời gian đến cơ sở y tế sau phát bệnh</b>		
Ngay sau khi phát hiện	1782	9,87
1 ngày	7108	39,36
2 ngày	6179	34,22
≥3 ngày	2988	16,55
<b>Điều trị</b>		
Nhập viện	11873	65,75
Ngoại trú	6184	34,25
<b>Tổng</b>	<b>18057</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trẻ trai mắc nhiều hơn trẻ gái 59,59% so với 40,41% nhóm tuổi từ 12 tháng đến dưới 24 tháng mắc nhiều nhất chiếm 35,35% và hầu hết trẻ mắc ở mức độ 1 và 2a chiếm 98,38%.

**Bảng 3.2. Phân độ lâm sàng bệnh tay chân miệng trong nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Phân độ</b>		
Không có biến chứng	8241	45,64
Có biến chứng	9816	54,36

Tổng	18057	100
<b>Nhận xét:</b> Tỷ lệ mắc độ 2 trở lên chiếm tỷ lệ khá cao chiếm 54,36% với 816/18057 trường hợp mắc bệnh.		

**Bảng 3.3. Mức độ bệnh tay chân miệng và một số yếu tố liên quan trong nghiên cứu tại tỉnh Cà Mau**

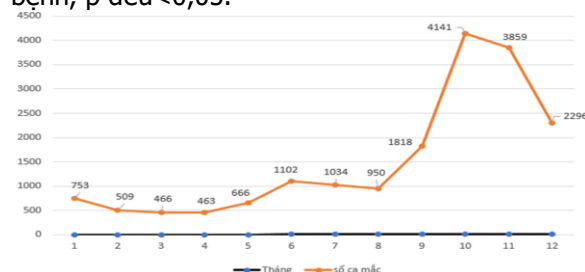
Đặc điểm	Có biến chứng	Không biến chứng	OR KTC95%	p
<b>Giới tính</b>				
Trẻ trai	5900(54,83)	4861(45,17)	1,04 [0,98-1,11]	0,12
Trẻ gái	3916(53,67)	3380(46,33)		
<b>Nơi cư trú</b>				
Nông thôn	7542(55,51)	6045(44,49)	1,20 [1,12-1,29]	0,000
Thành thị	2274(50,87)	2196(49,13)		
<b>Nhóm tuổi</b>				
<12 tháng	1379(57,13)	1035(42,87)	1	-
12 tháng - <24 tháng	3766(59,00)	2617(41,00)	1,08 (0,98-1,18)	0,11
24 tháng - <36 tháng	2129(53,28)	1867(46,72)	0,85 (0,77-0,94)	0,02
36 tháng - <48 tháng	1247(50,90)	1203(49,10)	0,77 (0,69-0,87)	0,000
≥48 tháng	1295(46,02)	1519(53,98)	0,63 (0,57-0,71)	0,000
Tổng	9816(54,36)	8241(45,64)	0,87*(0,85-0,89)	0,000
<b>Thời gian đến cơ sở y tế sau phát bệnh</b>				
Ngay sau khi phát hiện	769(43,15)	1013(56,85)	1	-
1 ngày	3242(45,61)	3866(54,39)	1,10(0,99-1,22)	0,06
2 ngày	3834(62,05)	2345(37,95)	2,15(1,93-2,40)	0,000
≥3 ngày	1971(65,96)	1017(34,04)	2,55(2,25-2,88)	0,000
Tổng	9816(54,36)	8241(45,64)	1,48*(1,43-1,53)	0,000

**Nhận xét:** Mức độ bệnh tay chân miệng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm trẻ trai và trẻ gái, p=0,12 tuy nhiên, nhóm tuổi và thời gian đến cơ sở y tế khi phát hiện bệnh có tính khuynh hướng, p đều <0,05.

**Bảng 3.4. Phân tích hồi quy đa biến giữa phân độ bệnh và các yếu tố liên quan**

Biến số	Hệ số hồi qui	OR [KTC 95%]	p
Nơi cư trú	0,19	1,22 (1,13-1,29)	0,000
Nhóm tuổi	-0,14	0,86 (0,84-0,88)	0,000
Đến cơ sở y tế sau phát bệnh	0,40	1,50 (1,45-1,55)	0,000

**Nhận xét:** Sau phân tích hồi quy các đặc điểm nơi cư trú, nhóm tuổi, đến cơ sở y tế sau phát bệnh vẫn có mối liên quan với mức độ bệnh, p đều <0,05.



**Biểu đồ 3.1. Phân bố số lượng trẻ mắc tay chân miệng theo tháng**

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh tay chân miệng.** Qua truy xuất dữ liệu từ phần mềm quản lý các bệnh truyền nhiễm của Bộ Y tế tại tỉnh Cà Mau từ 1/1/2017 đến 31/12/2023 chúng tôi thu thập được 18124 trẻ mắc tay chân miệng được nhập trên phần mềm dữ liệu. Qua sàng lọc chúng tôi chọn được 18057 trẻ đáp ứng đầy đủ các tiêu chí để đưa vào phân tích. Số trẻ trai mắc tay chân miệng trong nghiên cứu là 10761/18057 chiếm 59,59% cao hơn so với số trẻ gái là 7296/18057 chỉ chiếm 40,41%. Về nơi cư trú những trẻ ở nông thôn trong nghiên cứu là 13587 với 75,25% và trẻ ở thành thị. Tỷ lệ này tương đối hợp lý với cơ cấu dân số tại tỉnh Cà Mau, khoảng 75% dân số sống tại các vùng nông thôn, 25% sống tại các vùng thành thị. Tỷ lệ trẻ từ 12 tháng đến dưới 24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,35%, các nhóm tuổi khác tỷ lệ tương đương nhau. Hầu hết trẻ mắc độ 1 với 8241/18057 trẻ chiếm 45,64% và độ 2a là 9524/18057 chiếm 52,74% các mức độ còn lại chiếm tỷ lệ thấp độ 2b là 1,32% độ 3 là 0,26% và độ 4 là 0,03% (bảng 3.1).

**4.2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh tay chân miệng nghiên cứu.** Tổng số 10761 trẻ ở nông thôn có 7542 trẻ có biến chứng (độ

2a trở lên) chiếm tỷ lệ 55,51% trẻ ở thành thị với 2274/4470 chiếm tỷ lệ 50,87% sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p=0,000$ . Hơn nữa với  $OR=1,20$  [1,12-1,29] nhóm trẻ ở nông thôn có chênh lệch mắc tay chân miệng có biến chứng cao gấp 1,2 lần so với nhóm trẻ ở thành thị. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Đức Thăng, Lê Đăng Ngạn, Thái Quang Hùng đều cho thấy trẻ ở nông thôn có tỷ lệ mắc cao hơn ở thành thị có thể do điều kiện sống, nguồn nước, thói quen sinh hoạt hằng ngày có sự khác biệt giữa nông thôn và thành thị [2], [3], [4].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ trẻ có biến chứng giảm dần theo nhóm tuổi, nhóm tuổi dưới 12 tháng tỷ lệ có biến chứng là 57,13%; trẻ từ 12 đến dưới 24 tháng có tỷ lệ 59%; nhóm trẻ từ 24 đến dưới 36 tháng có tỷ lệ là 53,28%; nhóm trẻ từ 36 đến dưới 48 tháng là 50,90% nhóm trẻ trên 48 tháng là 46,02%. Kiểm định tính khuynh hướng cho thấy nhóm tuổi của trẻ và phân độ bệnh tay chân miệng có tính khuynh hướng với  $p<0,001$ . Với  $OR$  kết hợp là 0,87 KTC95% [0,85-0,89] cho thấy khi nhóm tuổi tăng lên một bậc (12 tháng) thì chênh lệch có biến chứng giảm khoảng 13% so với nhóm liền kề và mối liên quan này có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu tổng hợp của Bo Chen cũng cho thấy kết quả tương tự với tỷ lệ mắc tay chân miệng và có biến chứng gặp nhiều nhất ở trẻ dưới 5 tuổi và đặc biệt là nhóm trẻ từ 1 đến 3 tuổi [5]. Điều này có thể giải thích trẻ dưới 5 tuổi chưa có hệ miễn dịch hoàn chỉnh và chưa ý thức được thói quen tự vệ sinh nên tỷ lệ mắc và có biến chứng cao hơn các nhóm khác. Hơn nữa ở nhóm trẻ lớn có thể đã tiếp xúc với tác nhân gây bệnh nên đã có kháng thể nên tỷ lệ mắc ít hơn và nhẹ hơn. Nghiên cứu của Ji T và cộng sự cũng cho kết quả tương tự tỷ lệ mắc và tử vong cao nhất ở nhóm trẻ từ 1 đến 2 tuổi [8].

Ngược lại, trẻ được đưa đến cơ sở y tế muộn sau khi phát hiện bệnh thì làm tăng chênh lệch mắc biến chứng. Kết quả phân tích bảng 3.3 còn cho thấy khi trẻ đến cơ sở y tế ngay sau khi phát hiện bệnh tỷ lệ có biến chứng là 43,15% trong khi đó tỷ lệ có biến chứng khi trẻ đến cơ sở y tế sau 1 ngày, 2 ngày và từ 3 ngày trở lên với tỷ lệ có biến chứng lần lượt là 45,61%; 62,05% và 65,96%. Kết quả kiểm định tính khuynh hướng cũng cho thấy thời gian đến cơ sở y tế sau khi phát hiện bệnh cũng có tính khuynh hướng. Với  $OR=1,48$  KTC95% [1,43-1,53] cho thấy trẻ đến cơ sở y tế muộn sau khi phát hiện bệnh 1 ngày thì chênh lệch có biến chứng cao gấp 1,48 lần so với nhóm đến cơ sở y tế sớm hơn.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy bệnh lưu hành ở tất cả các tháng trong năm, bắt đầu gia tăng từ tháng 8 và đạt đỉnh khoảng tháng 9-10 sau đó giảm dần. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu tại các tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long và các tỉnh phía Nam thường có 1 đỉnh dịch. So với các nghiên cứu tại các tỉnh phía Bắc có 02 đỉnh dịch là tháng 3-4 và tháng 9-10. Sự khác biệt có thể do khí hậu vùng miền như nhiệt độ, độ ẩm, lượng mưa có liên quan đến sự phát triển của mầm bệnh. Hơn nữa tháng 9-10 là mùa tựu trường các em nhập học sau thời gian nghỉ hè nên có sự tiếp xúc khi đi học nên tỷ lệ mắc bệnh tăng cao [1], [3], [4].

Phân tích hồi qui logistic chúng tôi sử dụng đầy đủ các biến có ý nghĩa thống kê. Kết quả Bảng 3 cho thấy kiểm định Hosmer có sự phù hợp tốt với dữ liệu của mô hình. Hơn nữa, kết quả các biến số sau phân tích đều có ý nghĩa thống kê. Như vậy sau khi phân tích đa biến đối với nơi cư trú nhóm trẻ ở nông thôn có tỷ lệ biến chứng chênh lệch so với nhóm trẻ ở thành thị với  $OR=1,22$  KTC95% [1,13- 1,29]. Các biến số có tính khuynh hướng bao gồm nhóm tuổi và thời gian đến cơ sở sau phát bệnh. Đối với nhóm tuổi với hệ số hồi quy âm (-0,14) cho thấy có sự chênh lệch giảm tỷ lệ mắc bệnh khi nhóm tuổi tăng lên một bậc (12 tháng) là 0,86 KTC95% [0,84-0,88]. Ngược lại thời gian đến cơ sở y tế càng muộn sẽ làm tăng chênh lệch có biến chứng với  $OR$  hiệu chỉnh là 1,5 KTC95% [1,45-1,55]. Hơn nữa, nhiều nghiên cứu cho thấy nơi cư trú, nhóm tuổi của trẻ có liên quan đến độ nặng của bệnh tay chân miệng. Các biến số này đã mô tả dữ liệu một cách tương đối đầy đủ và đều có ý nghĩa thực tế về ý nghĩa sinh học và trong thực tế lâm sàng.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trẻ mắc bệnh tay chân miệng ở mức độ 1 và 2a chiếm 98,38%, trẻ trai 59,59% (10761) trẻ gái 40,41%(7296), tỷ lệ nhập viện là 65,75% điều trị ngoại trú là 34,25%, bệnh xuất hiện rải rác quanh năm và tăng cao từ tháng 9 đến tháng 11 sau đó giảm dần.

- Các yếu tố làm tăng mức độ bệnh bao gồm: những trẻ ở nông thôn, đến cơ sở y tế muộn làm tăng chênh lệch có biến chứng với  $OR$  lần lượt là 1,22 và 1,50 với  $p$  đều  $<0,05$ . Ngược lại, trẻ càng lớn tỷ lệ có biến chứng khi mắc bệnh có khuynh hướng giảm với  $OR=0,86$  KTC95% [0,84-0,88] sau khi phân tích đa biến.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Công Hùng (2013), "Đặc điểm dịch tễ bệnh tay chân miệng ở 20 tỉnh, thành phía Nam

- Việt Nam giai đoạn 2010-2012, Tạp chí y học dự phòng, 10(146), tr: 172-179.
- Thái Quang Hùng** (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 công cộng, Trường Đại học Y dược, Đại học Huế.
  - Lê Đăng Ngạn** (2019), "Đặc điểm dịch tễ bệnh tay chân miệng tỉnh Tiền Giang năm 2018", Tạp chí Y học dự phòng, 29(11), tr: 156-162.
  - Nguyễn Đức Thăng và cộng sự** (2022), "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", Truyền nhiễm Việt Nam, 3(39), tr: 74-79.
  - Bo Chen, et al** (2021), "Epidemiological characteristics of hand, foot, and mouth disease in China", Medicine, 100:20, (e25930).
  - Esposito S, Principi N.** Hand foot and mouth disease: current knowledge on clinical manifestations, epidemiology, aetiology and prevention. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2018;37:391-8.
  - Ho M, Chen ER, Hsu KH, et al.** An epidemic of enterovirus 71 infection in Taiwan. N Engl J Med 1999;341:929-35.
  - Ji T, Han T, Tan X, et al** (2019), "Surveillance, epidemiology, and pathogen spectrum of hand, foot, and mouth disease in mainland of China from 2008 to 2017", Biosafety and Health, 1, pp:32-40.
  - Sun BJ, Chen HJ, Chen Y, An XD, Zhou BS.** The risk factors of acquiring severe hand, foot, and mouth disease: a meta-analysis. Can J Infect Dis Med Microbiol 2018;2018:2751457.
  - Yang F, Ren L, Xiong Z, et al.** Enterovirus 71 outbreak in the People's Republic of China in 2008. J Clin Microbiol 2009;47:2351-2.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHĂM SÓC GIẢM ĐAU VÀ TẬP VẬN ĐỘNG SỚM CHO NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2024

Vũ Ngọc Anh<sup>1</sup>, Trần Song Đình<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của quy trình chăm sóc giảm đau và tập vận động sớm sau phẫu thuật thay khớp háng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng có nhóm đối chứng, tiến hành trên 48 người bệnh thay khớp háng tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, từ ngày 1/8/2023 đến ngày 30/8/2024. Các người bệnh được chia thành hai nhóm: nhóm đối chứng được chăm sóc theo quy trình điều dưỡng thường quy hiện hành tại khoa, và nhóm can thiệp được áp dụng quy trình chăm sóc điều dưỡng tập trung giảm đau kết hợp với các bài tập vận động sớm, bắt đầu từ 6 đến 8 giờ sau phẫu thuật. **Kết quả nghiên cứu:** Điểm đau VAS của nhóm can thiệp giảm đáng kể sau can thiệp và duy trì thấp hơn nhóm đối chứng tại mọi thời điểm ( $p < 0,001$ ). Mức độ độc lập chức năng FIM của nhóm can thiệp cũng cao hơn nhóm đối chứng ở ngày 1, ngày 2 và khi xuất viện ( $p < 0,001$ ). Thời gian nằm viện trung bình của nhóm can thiệp ngắn hơn so với nhóm đối chứng ( $5,9 \pm 1,2$  ngày so với  $6,7 \pm 1,9$  ngày,  $p = 0,001$ ). **Kết luận:** Chăm sóc giảm đau kết hợp với vận động sớm trong vòng 6 - 8 giờ sau phẫu thuật thay khớp háng mang lại hiệu quả rõ rệt trong việc giảm đau, nâng cao mức độ độc lập chức năng và rút ngắn thời gian

nằm viện. **Từ khóa:** Thay khớp háng, quản lý đau, vận động sớm

### SUMMARY

#### EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT AND EARLY MOBILIZATION CARE PROCEDURES FOR PATIENTS AFTER HIP REPLACEMENT SURGERY AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL IN 2024

**Objective:** This study aims to evaluate the effectiveness of pain management and early mobilization care following hip replacement surgery. **Subjects and Methods:** A clinical experimental study with a control group was conducted on 48 patients who underwent hip replacement surgery at the Department of Orthopedics and Trauma, Nam Dinh General Hospital, from August 1, 2023, to August 30, 2024. The patients were divided into two groups: the control group received standard nursing care according to the department's existing protocol, while the intervention group was provided with a pain-focused nursing care protocol combined with early mobilization exercises initiated 6 to 8 hours after surgery. **Results:** The Visual Analog Scale (VAS) pain scores of the intervention group significantly decreased after the intervention and remained lower than those of the control group at all measured time points ( $p < 0.001$ ). The Functional Independence Measure (FIM) scores of the intervention group were significantly higher than those of the control group on day 1, day 2, and at discharge ( $p < 0.001$ ). The average hospital stay for the intervention group was shorter compared to the control group ( $5.9 \pm 1.2$  days

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Anh

Email: vungocanhnd1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 14.2.2025