

to sleep disturbance among patients undergoing orthopedic surgery in Vietnam (Unpublished thesis). Burapha University, Chonburi, Thailand.

10. Morris B. A., Thorndike F. P., Ritterband L. M et al (2015), "Sleep disturbance in cancer patients and caregivers who contact telephone-based help services", *Support Care Cancer*, 23: 1113-1120.

11. Jonas J., Horgas A., Yoon S.J (2011), "Use of Complementary and Alternative Therapies to Manage Cancer-Related

Symptoms in Hospitalized Patients", *Journal of Undergraduate Research*, 12(3): 1-7.

12. Hai, M. B (2015), Factors predicting quality of sleep among patients afe receiving major orthopedic surgery in Hue university hospital, (Unpublished thesis). Burapha University, Chonburi, Thailand.

13. Jin-Ping-Wang, Su-Pen Lu, Ly-Na Guo, Chun-Guang Ren, Zong-Wang-Zhang (2019), "Abstract", *Poor Preoperative Sleep Quality Is a Risk Factor for Severe Postoperative Pain After Breast Cancer Surgery*.

## THỰC TRẠNG VẬN ĐỘNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHI DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2020

Nguyễn Thị Thùy<sup>1b</sup>, Phạm Thị Thu Hương<sup>2</sup>,  
Vũ Mạnh Độ<sup>1</sup>, Đỗ Thu Tinh<sup>1b</sup>, Nguyễn Thị Dung<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Trường Đại học Phenikaa

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng vận động của người bệnh và xác định một số yếu tố liên quan đến vận động của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại khoa Chấn thương chỉnh hình – Bông, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu gồm 149 người bệnh trên 18 tuổi sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại khoa Chấn thương chỉnh hình-

Bông, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Nghiên cứu mô tả trên 149 người bệnh sau phẫu thuật. **Kết quả:** Đa số người bệnh bắt đầu tập vận động vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật. Ngày thứ 3 sau phẫu thuật có 79,2% số người bệnh tập vận động đạt yêu cầu và khi ra viện số người bệnh tập vận động đạt yêu cầu là 92,6%. Nghiên cứu bước đầu cho thấy vận động của người bệnh sau phẫu thuật mức độ đạt yêu cầu khá cao. **Kết luận:** Khi ra viện đa số người bệnh vận động đạt yêu cầu và tốt hơn so với ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật, mức độ đau của người bệnh có mối tương quan với vận động của người bệnh sau phẫu thuật.

**Từ khóa:** Vận động, kết hợp xương chi dưới, sau phẫu thuật.

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thùy  
Email: thuynguyentccb@gmail.com  
Ngày phản biện: 22/9/2020  
Ngày duyệt bài: 12/10/2020  
Ngày xuất bản: 05/11/2020

**THE REAL SITUATION OF THE MOBILITY STATUS OF PATIENTS AFTER SURGERY COMBINATION OF LOWER LIMB IN THE GENERAL HOSPITAL IN NAM DINH IN 2020**

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe the patient's motor status and determine the movement-related factors of the patient after lower limb surgery at the Department of Orthopedic Trauma - Burns, The general Hospital in Nam Dinh in 2020. **Method:** Research subjects include 149 patients after lower limb combined surgery at the Department of Orthopedic Trauma-Burns, in the general Hospital in Nam Dinh. Descriptive research on 149 patients after surgery. **Results:** Most patients start to move on the 2nd day after surgery. On the 3rd day after surgery, 79.2% of the patients had satisfactory exercise practice and when

discharged from the hospital, the number of patients with satisfactory exercise was 92.6%. Initial research shows that the level of mobility of patients after surgery is quite high, but still 8.4% of patients have not met the requirements. **Conclusion:** When the patients are discharged from the hospital, the majority of patients have satisfactory movements and better than the 3rd day after surgery. Surgical methods, the patient's pain correlated with the patient's movement after surgery.

**Keywords:** Movement, lower limb combination, after surgery .

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sau phẫu thuật kết hợp xương: người bệnh sẽ ít nhiều mất cảm giác vận động. Để người bệnh sớm có được sự vận động bình thường, tránh biến dạng xương: người bệnh cần phải tập vận động sau phẫu thuật [1]. Vận động sau phẫu thuật là quá trình thay đổi cấu trúc cơ, tăng cường sức mạnh cơ, ngăn ngừa sự co cơ, ngăn chặn hậu quả chức năng lâu dài bằng cách bắt đầu vận động trong vòng 2 - 5 ngày sau phẫu thuật [1] và thiết lập lại khả năng di chuyển, duy trì một tư thế thẳng đứng, tăng mức độ phức tạp của các động tác [2]. Vận động giúp duy trì sức mạnh cơ bắp [3], giảm sự biến dạng trong gãy xương, cải thiện đau và sưng [4]. Vận động sớm làm giảm các biến chứng sau phẫu thuật chẳng hạn như huyết khối, viêm phổi, loét do tì đè [5], hạn chế nhiễm trùng vết mổ, giúp lưu thông tiêu hóa, ngăn ngừa nhiễm trùng tiết niệu, làm giảm mệt mỏi và nôn

[3]. Vận động sớm ở chi phẫu thuật cải thiện khả năng đi lại ở người bệnh gãy xương chi dưới [4] và người bệnh sẽ cần ít sự trợ giúp hơn để di chuyển [5], giúp người bệnh giữ được sự độc lập và tự tin bình thường trong sinh hoạt, giúp người bệnh cảm thấy khỏe mạnh, cả về tinh thần và thể chất, do đó giảm thời gian nằm viện [3], người bệnh trở lại làm việc sớm hơn [5]. Tập vận động cần thực hiện: ngay sau phẫu thuật và tập liên tục mỗi ngày [6]. Ngược lại, khi người bệnh không được vận động thì kháng insulin tăng, cơ bắp bị suy yếu và trọng lượng cơ bắp giảm, suy giảm chức năng phổi, gây huyết khối tĩnh mạch [7], [8]. Với việc kéo dài thời gian nghỉ ngơi tại giường sẽ làm giảm trọng lượng cơ thể, giảm canxi, sức mạnh cơ bắp, và khả năng tiêu thụ oxy tối đa, nguy cơ gây táo bón, xẹp phổi, hạ huyết áp tư thế và loãng xương [9].

Để có số liệu phục vụ cho công tác chăm sóc người bệnh, đề tài: “*Đánh giá thực trạng vận động của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, năm 2020*” được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả thực trạng vận động của người bệnh và xác định một số yếu tố liên quan đến vận động của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Lựa chọn tất cả người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới đồng ý tham gia nghiên cứu tại khoa Chấn thương chỉnh hình – Bông trong thời gian thu thập số liệu.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chấn thương chỉnh hình – Bông, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

- Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 1/2020 đến tháng 3/2020.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả.

### 2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, nhóm nghiên cứu đã chọn ra 149 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

**2.5. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

**2.6. Bộ công cụ đánh giá:** Công cụ thu thập số liệu: Thang điểm đánh giá vận động của người bệnh xây dựng dựa trên tài liệu hướng dẫn vận động sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới của địa điểm nghiên cứu, đánh giá hiệu quả vận động sau phẫu thuật theo thang điểm đánh giá mức độ độc lập chức năng (FIM)[10], thang điểm đau rút gọn (BPI) [11]. Bộ câu hỏi gồm 2 phần:

**Phần A:** Thông tin chung về đối tượng.

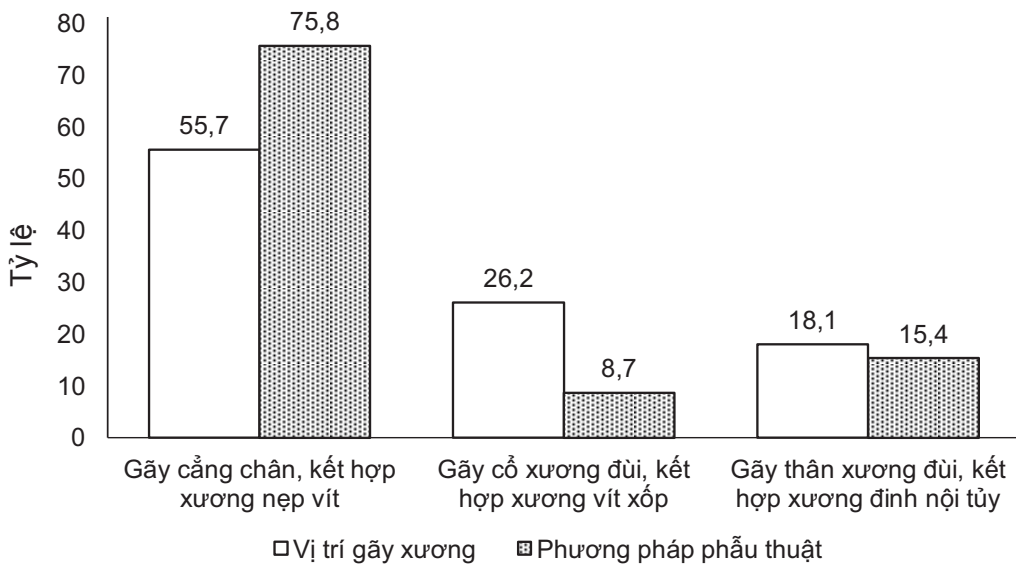
**Phần B:** Chương trình tập vận động của người bệnh gồm 2 phần: Phần 1: thang điểm đánh giá kỹ thuật thực hành tập vận động gồm 13 động tác, 24 bước, 15 bước dấu \*. Đánh giá theo tiêu chí: (2) Khi người bệnh thực hiện đủ và đúng với tất cả các động tác trong mỗi bước và tất cả các bước trong mỗi bài tập; (1) khi người bệnh thực hiện đủ tất cả các động tác trong mỗi bước nhưng chưa đúng về mức độ hay thời gian thực hiện theo yêu cầu; (0) khi người bệnh không làm hay thực hiện sai 50% động tác trong mỗi bước; bài tập đó coi như sai khi người bệnh thực hiện sai một trong các bước được đánh dấu \*, khi đó tất cả các bước trong bài tập đều đánh giá bằng: 0. Mỗi bài tập vận động được đánh giá là đạt yêu cầu khi người bệnh thực hiện đúng đủ tất cả các động tác có đánh dấu \*. Vận động sau phẫu thuật của người bệnh đạt yêu cầu khi: người bệnh đạt yêu cầu trong mỗi bài tập vận động. Phần 2: Thang điểm đánh giá mức độ độc lập chức năng (FIM) bao gồm 18 yếu tố: 13 yếu tố liên quan đến chức năng vận động, tự chăm sóc và 5 yếu tố liên quan đến chức năng nhận thức. Thang điểm đánh giá theo tiêu chí: 7 điểm: Độc lập hoàn toàn, 6 điểm: Độc lập có trợ giúp, 5 điểm: Giám sát, 4 điểm: Trợ giúp tối thiểu, 3 điểm: Trợ giúp trung bình, 2 điểm: Trợ giúp tối đa, 1 điểm: Trợ giúp hoàn toàn. Thang điểm đau rút gọn (BPI) gồm 4 câu yêu cầu người bệnh tự đánh giá đau của mình tại 4 thời điểm khi người bệnh thấy “đau nhiều nhất”, “đau ít nhất”, “đau trung bình” và “đau hiện tại. Mỗi câu hỏi sử dụng thang điểm từ 0 đến 10 để đánh giá, 0 là không đau và 10 là đau nhiều.

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu trên 149 người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới cho thấy nhóm đối tượng trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (43,6%), tiếp đó là nhóm tuổi 41-60 tuổi (26,8%), nhóm tuổi 21-40 chiếm 24,2%, thấp nhất là nhóm tuổi 18-20 chiếm 5,4%. Người bệnh là nam giới (62,4%) nhiều hơn nữ giới (37,6%). Người bệnh chủ yếu là nông dân (42,3%), công nhân chiếm 29,5%, các nghề khác chiếm 16,8% và cán bộ viên chức chiếm 11,4%. Trình độ học vấn của người bệnh đa số là trình độ trung học cơ sở (46,3%), trình độ trung học phổ thông là 19,5%, trình độ trung cấp trở lên là 17,4% và trình độ tiểu học trở xuống là 16,8%.

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 1. Vị trí gãy xương và phương pháp phẫu thuật**

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh bị gãy xương cẳng chân và được phẫu thuật bằng phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít (54,9%).

#### 3.3. Thực trạng vận động của người bệnh sau phẫu thuật

Từ kết quả nghiên cứu, đa số người bệnh bắt đầu được hướng dẫn tập vận động ngay từ ngày đầu tiên sau phẫu thuật chiếm 84,6%, ngày thứ 2 sau phẫu thuật chiếm 15,4%. Tuy nhiên đa số người bệnh bắt đầu tập vận động từ ngày thứ hai sau phẫu thuật chiếm 67,8%, chỉ có 24,2% người bệnh bắt đầu tập vào ngày thứ nhất và còn 8,1% người bệnh bắt đầu tập vận động vào ngày thứ 3.

Trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật người bệnh tập vận động từ trung bình  $1,24 \pm 0,58$  lần/ngày và thời gian mỗi lần tập vận động trung bình  $12,37 \pm 4,09$  phút/lần. Từ ngày thứ 4 sau phẫu thuật người bệnh tập vận động trung bình  $2,06 \pm 0,38$  lần/ngày và thời gian mỗi lần tập vận động trung bình  $16,24 \pm 1,85$  phút/lần.

**Bảng 1. Thực trạng tập vận động thụ động của người bệnh**

Vị trí vận động		Thụ động		Chủ động	
		Ngày 3	Ra viện	Ngày 3	Ra viện
		SL (TL %)	SL (TL %)	SL (TL %)	SL (TL %)
Gấp, duỗi khớp ngón chân	Thực hiện đúng, đủ	122 (81,9)	131 (87,9)	149 (100)	149 (100)
	Thực hiện đủ, chưa đúng	27 (18,1)	18 (12,1)	0	0
	Thực hiện sai, không làm	0	0	0	0
Xoay khớp cổ chân	Thực hiện đúng, đủ	95 (63,8)	118 (79,2)	83 (55,7)	149 (100)
	Thực hiện đủ, chưa đúng	38 (25,5)	31 (20,8)	29 (19,5)	0
	Thực hiện sai, không làm	16 (10,7)	0	37 (24,8)	0
Gấp, duỗi cổ chân	Thực hiện đúng, đủ	95 (63,8)	126 (84,6)	100 (67,1)	149 (100)
	Thực hiện đủ, chưa đúng	46 (30,9)	23 (14,4)	35 (23,5)	0
	Thực hiện sai, không làm	8 (5,4)	0	14 (9,4)	0
Bài tập cơ tứ đầu đùi	Thực hiện đúng, đủ			74 (49,7)	142 (95,3)
	Thực hiện đủ, chưa đúng			46 (30,9)	7 (4,7)
	Thực hiện sai, không làm			46 (30,9)	0
Bài tập cơ ụ ngồi và cơ hông lớn	Thực hiện đúng, đủ			81 (54,4)	141 (94,6)
	Thực hiện đủ, chưa đúng			22 (14,8)	8 (5,4)
	Thực hiện sai, không làm			46 (30,9)	0
Gấp, duỗi khớp gối	Thực hiện đúng, đủ	73 (49,0)	111 (74,5)		93 (62,4)
	Thực hiện đủ, chưa đúng	40 (26,8)	26 (17,5)		29 (19,4)
	Thực hiện sai, không làm	36 (24,2)	12 (8,1)		27 (18,1)
Dạng, khép khớp háng	Thực hiện đúng, đủ		113 (75,8)		107 (71,8)
	Thực hiện đủ, chưa đúng		31 (20,8)		16 (10,7)
	Thực hiện sai, không làm		5 (3,4)		26 (17,4)
<b>Tổng điểm vận động trung bình</b>		<b>Giá trị trung bình</b>		<b>Độ lệch chuẩn</b>	
	Ngày 3	25,04		4,79	
	Ra viện	43,27		5,47	

**Nhận xét:** Theo kết quả nghiên cứu tập vận động thụ động của người bệnh tại hai thời điểm ngày thứ 3 và ngày ra viện: Động tác thụ động gấp duỗi ngón chân đa số người bệnh thực hiện đúng và đủ (81,9% và 87,9) và người bệnh đều đã tập được chủ động; Ngày thứ 3 động tác thụ động xoay khớp cổ chân, động tác gấp duỗi khớp cổ chân, động tác gấp duỗi khớp gối còn có lần lượt là 10,7% ; 5,4% và còn 24,8% và 9,4% người bệnh còn chưa tập chủ động hoặc tập còn sai. Động tác thụ động gấp duỗi khớp gối khi ra viện vẫn còn 8,1% người bệnh được tập sai và chủ động còn 18,1% người bệnh tập sai. Động tác thụ động dạng khép khớp háng, ở ngày thứ 3 người bệnh chưa thực hiện, tại thời điểm ra viện còn 3,4% số người bệnh chưa tập và 17,4% người bệnh tập chủ động sai hoặc chưa tập. Tại thời điểm ra viện người bệnh có tổng trung bình vận động cao hơn ngày thứ 3 sau phẫu thuật.

**Bảng 2. Mức độ vận động sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới (n=149)**

Vị trí vận động	Thụ động				Chủ động			
	Ngày 3		Ra viện		Ngày 3		Ra viện	
	Đạt SL (TL %)	Không đạt SL (TL %)	Đạt SL (TL %)	Không đạt SL (TL %)	Đạt SL (TL %)	Không đạt SL (TL %)	Đạt SL (TL %)	Không đạt SL (TL %)
Gấp, duỗi khớp ngón chân	149 (100)	0	149 (100)	0	149 (100)	0	149 (100)	0
Gấp duỗi cổ chân	141 (94,6)	8 (5,4)	149 (100)	0	98 (65,8)	51 (34,2)	149 (100)	0
Xoay khớp cổ chân	133 (89,3)	16 (10,7)	149 (100)	0	84 (56,4)	65 (43,6)	149 (100)	0
Gấp, duỗi khớp gối	113 (75,8)	36 (24,2)	137 (91,9)	12 (8,1)			120 (80,5)	29 (19,5)
Dạng, khép khớp háng			144 (96,6)	5 (3,4)			115 (77,2)	34 (22,8)
Bài tập cơ tứ đầu đùi					74 (49,7)	75 (50,3)	139 (93,3)	10 (6,7)
Bài tập cơ ụ ngồi và cơ mông lớn					81 (54,4)	68 (45,6)	141 (94,6)	8 (5,4)
Gấp, duỗi khớp gối(tư thế nằm)							131 (87,9)	18 (12,1)
Vận động sau phẫu thuật		<b>Đạt</b>			<b>Không đạt</b>			
	Ngày 3	118	(79,2)		31	(20,8)		
	Ra viện	138	(92,6)		11	(7,4)		

**Nhận xét:** Tại thời điểm ngày thứ 3 sau phẫu thuật và ra viện: Bài tập thụ động, chủ động gấp duỗi khớp ngón chân có 100% số người bệnh đạt mức độ đạt yêu cầu. Bài tập thụ động xoay khớp cổ chân và gấp duỗi khớp cổ chân ngày thứ 3 sau phẫu thuật vẫn còn 10,7% và 5,4% chưa đạt yêu cầu; tập chủ động còn 43,6% và 34,2% chưa đạt yêu cầu nhưng khi ra viện 100% số người bệnh đều đã đạt yêu cầu. Bài tập gấp duỗi khớp gối thụ động tại cả 2 thời điểm vẫn còn có 24,2% và 8,1% số người bệnh tập chưa đạt yêu cầu; khi ra viện còn 31,6% người bệnh tập chưa đạt yêu cầu. Bài tập dạng khép khớp háng thụ động tại thời điểm ngày thứ 3 sau phẫu thuật, người bệnh chưa được tập, khi ra viện còn 3,4% số người bệnh chưa đạt yêu cầu, ra viện còn 22,8% người bệnh tập chủ động chưa đạt yêu cầu. Tuy nhiên đa số người bệnh sau phẫu thuật đến khi ra viện đều tập vận động đạt mức độ yêu cầu (92,6%).

**Bảng 3. Thực trạng mức độ độc lập chức năng của người bệnh**

Nội dung đánh giá	Thời điểm đánh giá	Phạm vi	Trung bình	Mức độ độc lập trung bình
<b>FIM</b>	Ngày 3	65,00 – 96,00	83,89 ± 7,89	4,66±0,43
	Ra viện	70,00 – 107,00	93,53± 9,15	5,19±0,50
<b>Tự chăm sóc</b>	Ngày 3	14,00 – 27,00	22,71 ± 3,45	3,78±0,57
	Ra viện	17,00 – 33,00	28,04 ± 3,73	4,67±0,62
<b>Kiểm soát cơ tròn</b>	Ngày 3	8,00 -14,00	10,41 ± 1,85	5,21±0,92
	Ra viện	8,00 – 14,00	11,07 ± 2,01	5,54±1,01
<b>Vận động</b>	Ngày 3	5,00 – 14,00	8,96 ± 2,91	1,79±0,58
	Ra viện	5,00 – 18,00	12,62± 4,22	2,52±8,84
<b>Nhận thức</b>	Ngày 3	31,00 – 35,00	34,79 ± 0,78	6,95±0,16
	Ra viện	31,00 – 35,00	34,79 ± 0,79	6,96±0,16

**Nhận xét:** Theo kết quả nghiên cứu ở hai thời điểm ngày thứ 3 và trước khi ra viện của người bệnh: tổng điểm FIM trung bình là 83,89 ± 7,89 và 93,54 ± 9,15, mức độ độc lập trung bình lần lượt là 4,66±0,44 và 5,19±0,51; tổng điểm vận động trung bình là 8,96 ± 2,91 và 12,62 ± 4,22, mức độ độc lập trung bình lần lượt là 1,79±0,583 và 2,52±8,84.

**Bảng 4. Thực trạng đau của người bệnh**

Mức độ đau	Thời điểm đánh giá	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
<b>Đau nhất</b>	Ngày 3	6,12	0,646
	Ra viện	4,35	0,625
<b>Đau trung bình</b>	Ngày 3	4,45	0,702
	Ra viện	2,83	0,612
<b>Đau nhẹ nhất</b>	Ngày 3	3,32	0,648
	Ra viện	2,34	0,665
<b>Ngay lúc này</b>	Ngày 3	5,15	1,012
	Ra viện	2,19	0,562
<b>Tổng điểm đau trung bình</b>	Ngày 3	19,04	2,214
	Ra viện	11,70	1,749

**Nhận xét:** Theo kết quả nghiên cứu cho thấy tại 2 thời điểm nghiên cứu ngày thứ 3 và trước khi ra viện: Tổng điểm đau trung bình là 19,04 ± 2,214 và 11,70 ± 1,749; Mức độ đau nhất 6,12 ± 0,646 và 4,35 ± 0,625; mức độ đau trung bình 4,45 ± 0,702 và 2,83 ± 0,612; mức độ đau nhẹ nhất 3,32 ± 0,648 và 2,34± 0,665 ; mức độ đau tại thời điểm đánh giá là 5,15 ± 1,012 và 2,19 ± 0,562.

**3.4 Mỗi tương quan giữa phương pháp phẫu thuật, mức độ đau và vận động của người bệnh**

**Bảng 5. Mỗi tương quan giữa phương pháp phẫu thuật và vận động sau phẫu thuật.**

Phương pháp phẫu thuật		Mean (SD)	P
Ngày thứ 3	KHX bằng nẹp vít (1)	12,83 (2,26)	$p_{1-2}=0,046$
	KHX bằng đinh nội tủy (2)	12,35 (2,19)	$p_{2-3}=0,001$
	KHX bằng vít xóp (3)	10,67 (2,91)	$p_{1-3}=0,018$
Ra viện	KHX bằng nẹp vít (1)	21,88 (2,61)	$p_{1-2} = 0,029$
	KHX bằng đinh nội tủy (2)	23,04 (3,82)	$p_{2-3} =0,001$
	KHX bằng vít xóp (3)	18,50 (3,04)	$p_{1-3} =0,01$
ANOVA Test			

**Nhận xét:** Theo kết quả nghiên cứu, có sự tương quan giữa phương pháp phẫu thuật với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới; hệ số tương quan này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (kiểm định ANOVA Test). Ngày thứ 3 sau phẫu thuật, người bệnh phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít có tổng điểm vận động trung bình cao hơn; Tuy nhiên tại thời điểm ra viện người bệnh kết hợp xương bằng đinh nội tủy có tổng điểm vận động cao hơn (P1: tương quan giữa phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít và đinh nội tủy, P2: tương quan giữa phương pháp kết hợp xương đinh nội tủy và vít xóp, P3: giữa nẹp vít và vít xóp)

**Bảng 6. Mỗi tương quan giữa tổng điểm đau và vận động sau phẫu thuật.**

Thời gian	r	p
Ngày thứ 3	-0,934	0,024
Ra viện	-0,659	0,032
(r) Spearman correlation		

**Nhận xét:** Từ kết quả nghiên cứu cho thấy có sự tương quan giữa tổng điểm đau với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới, là tương quan nghịch, tương quan mạnh và hệ số tương quan này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (kiểm định Spearman correlation).

**4. BÀN LUẬN**

Người bệnh được hướng dẫn tập vận động ngay từ ngày đầu tiên sau phẫu thuật chiếm 84,6%, tuy nhiên chỉ có 24,2% người bệnh bắt đầu tập vận động và đa số người bệnh bắt đầu tập vận động từ ngày thứ hai sau phẫu thuật (67,8%); có sự khác biệt với nghiên cứu của Eda Dolgun và cộng sự (2017) có 84,7% (n = 111) người bệnh được vận động ngay từ ngày đầu sau phẫu thuật

[2]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả trên là do thời điểm nghiên cứu số lượng người bệnh vào viện đông, do sự thiếu hụt về nguồn nhân lực y tế và người bệnh đau nhiều nhất trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật [12], người bệnh chưa tỉnh hoàn toàn, mệt mỏi kiệt sức sau phẫu thuật, người nhà còn nhiều khó khăn trong quá trình chăm sóc người bệnh ngày đầu sau phẫu thuật.



Trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật người bệnh tập vận động trung bình  $1,24 \pm 0,58$  lần/ngày và trung bình  $12,37 \pm 4,09$  phút/lần. Từ ngày thứ 4 sau phẫu thuật người bệnh tập vận động trung bình  $2,06 \pm 0,38$  lần/ngày và trung bình  $16,24 \pm 1,85$  phút/lần. Điều này có thể được lý giải rằng, giai đoạn 3 ngày đầu sau phẫu thuật do thời gian cuộc phẫu thuật kéo dài, các mô bị tổn thương bởi phẫu thuật, tổn thương về mặt giải phẫu của xương do tai nạn, ngoài ra do đa số trường hợp người bệnh phẫu thuật cấp cứu nên người bệnh mệt mỏi, đau nhiều hơn quá trình này sẽ giảm dần vào các ngày sau đó khi người bệnh được điều trị và chăm sóc y tế [13]. Từ ngày thứ 4 sau phẫu thuật người bệnh tập vận động nhiều hơn cả về số lần tập và thời gian tập là do người bệnh đã được rút các ống dẫn lưu, đỡ đau hơn, mức độ sưng nề chi giảm dần, ăn uống tốt hơn, người nhà cũng quen dần với việc chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật do đó dễ dàng hơn cho việc hỗ trợ người bệnh trong quá trình tập vận động. Khi ra viện, ở động tác gấp duỗi ngón chận xoay khớp cổ chân, gấp duỗi khớp cổ chân, người bệnh có tỉ lệ người bệnh tập đúng đủ thấp hơn so với tập chủ động. Tuy nhiên khi ra viện đa số người bệnh tập vận động đạt yêu cầu (92,6%). Là do trong thời gian nằm viện, để tăng cường sự linh hoạt của các khớp người bệnh vẫn cần phải tập thụ động cho tất cả các khớp và có nhiều người chăm sóc người bệnh nên có sự khác biệt về kết quả tập vận động thụ động và chủ động tại thời điểm ra viện. Trong thời gian nằm viện, mức độ độc lập chức năng của người bệnh vẫn ở trong mức độ cần người trợ giúp (mức độ độc lập trung bình lần lượt là  $4,66 \pm 0,43$  và  $5,19 \pm 0,50$ ); đặc biệt là chức năng dịch chuyển và di chuyển người bệnh ở mức độ cần người trợ giúp hoàn toàn (mức độ độc lập trung bình tại 2 thời điểm:  $1,79 \pm 0,58$  và  $2,52 \pm 0,88$ ). Là do quá trình liền xương của

người bệnh đang ở giai đoạn 1 và 2; vết mổ chưa lành do đó người bệnh còn đau, sưng nề chi nhiều, các phản ứng viêm, các phản ứng tại chỗ của quá trình liền xương, phản ứng hóa học tại điểm kết hợp xương khiến người bệnh hạn chế vận động.

Tại thời điểm ngày thứ 3 sau phẫu thuật, người bệnh phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít có tổng điểm vận động trung bình cao hơn các phương pháp khác; Tuy nhiên, tại thời điểm ra viện người bệnh kết hợp xương bằng đinh nội tủy có tổng điểm vận động trung bình cao hơn; và phương pháp phẫu thuật có tương quan với tập vận động của người bệnh ( $p < 0,05$ , kiểm định ANOVA Test). Kết quả như trên là do ngày thứ 3 sau phẫu thuật người bệnh kết hợp xương bằng nẹp vít có cố định vững chắc hơn nên được tập vận động sớm hơn so với các phương pháp khác nên người bệnh giảm đau, giảm nề nhanh hơn nên người bệnh có kết quả tập vận động tốt hơn. Tại thời điểm ra viện người bệnh kết hợp xương bằng đinh nội tủy lại vận động tốt hơn là do kết hợp xương bằng đinh nội tủy không phải mở vào ổ gãy, can thiệp vào màng xương như phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít nên người bệnh ít mất máu, không làm tổn thương thêm phần mềm và ít nhiễm trùng, sẹo mổ nhỏ, nhất là ít đau vết mổ hơn do đó người bệnh sớm phục hồi chức năng hơn. Kết quả nghiên cứu còn cho thấy, ngày thứ 3 sau phẫu thuật người bệnh có mức độ đau trung bình ( $19,04 \pm 2,214$ ) cao hơn khi ra viện ( $11,70 \pm 1,749$ ). Và mức độ đau của người bệnh có tương quan nghịch với vận động của người bệnh. Kết quả tương đồng với một số nghiên cứu: trong nghiên cứu của Eda Dolgun và cộng sự (2017): có 20,4 % người bệnh không được vận động trong ngày đầu tiên do đau dữ dội [2]. Đau sau phẫu thuật gãy cổ xương đùi là phổ biến và có thể làm chậm phục hồi, hạn chế

tham gia phục hồi chức năng [14]; nghiên cứu của Münter, và cộng sự (2018), đau liên quan đến gãy cổ xương đùi là những lý do thường gặp nhất khiến người người bệnh không đạt được mức độ vận động cơ bản độc lập (> 85%) hoặc không hoàn thành đầy đủ liệu pháp vật lý trị liệu theo kế hoạch (> 42%) trong cả ba ngày đầu sau phẫu thuật [15].

### 5. KẾT LUẬN

92,6% người bệnh tập vận động đạt yêu cầu ở thời điểm ra viện. Phương pháp phẫu thuật và mức độ đau của người bệnh: có tương quan với vận động của người bệnh sau phẫu thuật. Việc tập vận động sau phẫu thuật có ý nghĩa rất quan trọng đối với người bệnh do đó người điều dưỡng cần quản lý đau tốt cho người bệnh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alison A. Smith, et al (2018), *Initiation of the Early Mobility Protocol in Surgical and Trauma ICU Patients Department of Surgery*, Department of Surgery, Tulane University School of Medicine July 23, 2018
2. Dolgun, Eda, van Giersbergen, MeryemYavuz, and Aslan, Arzu (2017), "The Investigation Of Mobilization Times Of Patients after Surgery", *Asian Pac. J. Health Sci*, 2017; 4(1):71-75
3. Oxford, University Hospital, Early mobilisation in hospital, *NHS Foundation Trust*.
4. Ngo, Anh D, et al. (2012), "Road traffic related mortality in Vietnam: evidence for policy from a national sample mortality surveillance system", *BMC public health*. 12(1), p. 561.
5. Thomas, Vimla and Sridhar, L (2013), "Epidemiologic profile of Road traffic accident cases admitted in a tertiary care hospital—A retrospective study in Hyderabad, Andhra Pradesh", *Int J med pharm sci*. 3(06), pp. 30-6.

6. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định (2017), *Điều dưỡng ngoại khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr 130.

7. Ersoy, Eren and Gündoğdu, Haldun (2007), "Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması", *Turkish Journal of Surgery*. 23(1), pp. 035-040.

8. Khan, S, et al. (2009), Guidelines for implementation of enhanced recovery protocols, *Issues in Professional Practice*.

9. George R. Vito, D.P.M. (1990), *Surgical rehabilitation*

10. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng*, ban hành kèm theo QĐ số: 54 /QĐ-BYT, Hà Nội, ngày 06 tháng 01 năm 2014. Tr 65-120.

11. Mai Anh Dũng (2019), *Thực trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại khoa Chấn thương Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2019*, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

12. Nguyen Thi Thu Trang, Thosingha, Orapan, and Chanruangvanich, Wallada (2017), "Factors Associated with Recovery among Patients after Abdominal Surgery". *J NURS SCI*, Vol 35

13. Phạm Thị Minh Đức (2006), *Sinh lý đau*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 21-22

14. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2016), *Hip Fracture Care Clinical Care Standard*, pp.15

15. Münter, Kristine H, et al. (2018), "Fatigue and pain limit independent mobility and physiotherapy after hip fracture surgery", *Disability and rehabilitation*. 40(15), pp. 1808-1816.