

**MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN 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 Thùy¹

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: 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 – Bỏng, 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-Bỏng, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Nghiên cứu mô tả trên 149 người bệnh sau phẫu thuật. **Kết quả:** Phương pháp phẫu thuật, vị trí phẫu thuật, tuổi ($p < 0,05$) có mối tương quan đến vận động sau phẫu thuật. Đau sau phẫu thuật, hỗ trợ xã hội có mối tương quan chặt chẽ với vận động sau phẫu thuật tương ứng ($r = -0,934; -0,659; 0,304; 0,542; p < 0,05$). Người bệnh tuổi càng cao thì vận động kém hơn so với những người trẻ tuổi ($r = -0,292; -0,285, p < 0,05$). Những người bệnh bị gãy xương ở vị trí xương cẳng chân vận động tốt hơn những người bệnh gãy xương đùi và cổ xương đùi ($SD = 2,99; 2,83; 2,84; p < 0,05$); người bệnh kết hợp xương bằng đinh nội tủy vận động tốt hơn những phương pháp kết hợp xương khác ($SD = 2,61; 3,82; 3,04; p < 0,05$). **Kết luận:** 92,6% người bệnh tập vận động đạt yêu cầu ở thời điểm ra viện. Tuổi, vị trí phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, mức độ đau và hỗ trợ xã hội có tương quan với vận động của người bệnh sau phẫu thuật. Trong chăm sóc, người điều dưỡng dựa vào mối tương quan này để đưa ra được những tác động tích cực nhằm nâng cao chất lượng và khả năng phục hồi vận động sau phẫu thuật gãy xương chi dưới.

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

**FACTORS RELATED TO THE MOBILITY STATUS
OF PATIENTS AFTER SURGERY COMBINATION OF LOWER LIMB
IN THE GENERAL HOSPITAL IN NAM DINH IN 2020**

ABSTRACT

Objectives: Determine factors related to the mobility status of patients after combined lower extremity surgery at the Department of Burns - Orthopedic Trauma, Nam Dinh General Hospital in 2020. **Subjects and research method:** Research subjects include 149

Tác giả: Nguyễn Thị Thùy
Địa chỉ: Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Email: thuynguyentccb@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/3/2022
Ngày hoàn thiện: 11/5/2022
Ngày đăng bài: 12/5/2022

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: Surgical method, surgical site, age ($p < 0.05$) were correlated with postoperative movement. Postoperative pain, social support had a strong correlation with postoperative movement ($r = -0.934; -0.659; 0.304; 0.542; p < 0.05$). Older patients are less active than younger patients ($SD = 2.99; 2.83; 2.84; p < 0.05$). Patients with fractures in the shin bone have better mobility than patients with femoral neck and femur fractures ($r = -0.292; -0.285, p < 0.05$); Patients with bone grafts with intramedullary nails have better mobility than other bone grafting methods ($SD = 2.61; 3.82; 3.04; p < 0.05$). Conclusion: 92,6% of patients with satisfactory exercise at the time of hospital discharge. Age, surgical site, surgical method, pain level and social support correlation with patient's movement after surgery. In care, nurses rely on this correlation to give positive effects to improve the quality and ability to recover movement after lower limb fracture 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 cải thiện đau và sưng [4], 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], 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. 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]. Nghiên cứu đã thực hiện trên nhóm người bệnh phẫu thuật kết hợp xương cho thấy người bệnh trẻ tuổi thường vận động sớm hơn, người bệnh cao tuổi có nguy cơ biến chứng và các bệnh kèm theo cao hơn và điều này có thể làm trì hoãn

thời gian vận động [2]. Đau tăng theo vận động của người bệnh và do đau người bệnh giữ bản thân bất động, điều đó ảnh hưởng tới sự hồi phục chức năng vận động [6]. Hỗ trợ xã hội có thể làm giảm bớt căng thẳng và tạo điều kiện phục hồi sau phẫu thuật [7].

Để góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc về vận động cho người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương 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: *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. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới đồng ý tham gia nghiên cứu tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bỏng trong thời gian thu thập số liệu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chẩn 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

2.4. 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 tại địa điểm nghiên cứu, thang điểm đau rút gọn(BPI), thang đo hỗ trợ đa chiều (MDSS). 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

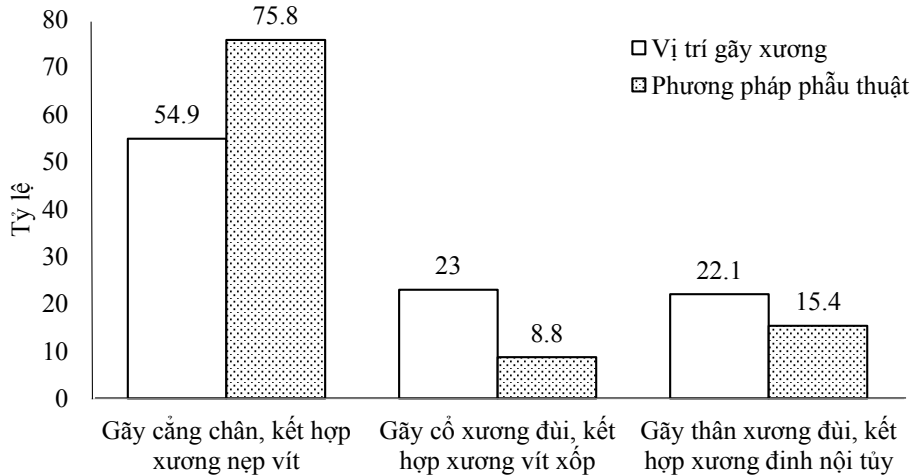
thực hiện đủ và đúng với tất cả các động tác trong mỗi bước và tất cả các bước trong mỗi bài tập; (1) khi người bệnh thực hiện đủ tất cả các động tác trong mỗi bước nhưng chưa đúng về mức độ hay thời gian thực hiện theo yêu cầu; (0) khi người bệnh không làm hay thực hiện sai 50% động tác trong mỗi bước; 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. 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. Thang đo Hỗ trợ đa chiều người bệnh được yêu cầu đánh giá sự hỗ trợ từ gia đình / bạn bè (sáu mục) và từ chăm sóc sức khỏe của nhân viên y tế (năm mục). Sự hỗ trợ được tính bằng tổng tần số của hành vi hỗ trợ dao động từ 0 (không bao giờ) đến 3 (luôn luôn).

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. Môi trường quan giữa các yếu tố ảnh hưởng với vận động của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới.

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% (n = 126) và bắt đầu tập vận động từ ngày thứ hai sau phẫu thuật chiếm 67,8% (n=101), còn 8,1% (n=12) 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. Tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới (n=149)

Vận động phẫu thuật	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Ngày thứ 3	25,04	4,79
Ra viện	43,27	5,47

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, tại thời điểm ra viện người bệnh có tổng trung bình vận động cao hơn ngày thứ 3 sau phẫu thuật.

Bảng 2. Thực trạng đau của người bệnh

Mức độ đau	Thời điểm đánh giá	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Đau nhất	Ngày 3	6,12	0,64
	Ra viện	4,35	0,62
Đau trung bình	Ngày 3	4,45	0,70
	Ra viện	2,83	0,61
Đau nhẹ nhất	Ngày 3	3,32	0,64
	Ra viện	2,34	0,66
Đau tại thời điểm đánh giá	Ngày 3	5,15	1,01
	Ra viện	2,19	0,56
Tổng điểm đau trung bình	Ngày 3	19,04	2,21
	Ra viện	11,70	1,74

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 $19,04 \pm 2,21$ và $11,70 \pm 1,74$; Mức độ đau nhất $6,12 \pm 0,646$ và $4,35 \pm 0,62$; mức độ đau trung bình $4,45 \pm 0,70$ và $2,83 \pm 0,61$; mức độ đau nhẹ nhất $3,32 \pm 0,64$ và $2,34 \pm 0,66$; mức độ đau tại thời điểm đánh giá là $5,15 \pm 1,01$ và $2,19 \pm 0,56$.

Bảng 3. Thực trạng hỗ trợ xã hội đối với người bệnh

	Ngày	Phạm vi	Trung bình
Hỗ trợ xã hội	Ngày 3	15,00 – 26,00	$19,86 \pm 2,22$
	Ra viện	17,00 – 30,00	$23,25 \pm 3,01$
Hỗ trợ gia đình	Ngày 3	8,00 – 15,00	$10,63 \pm 1,51$
	Ra viện	8,00 -17,00	$12,39 \pm 2,12$
Hỗ trợ nhân viên y tế	Ngày 3	7,00 – 13,00	$9,23 \pm 1,47$
	Ra viện	8,00 – 13,00	$10,86 \pm 1,72$

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu ở hai thời điểm ngày thứ 3 và trước khi ra viện của người bệnh: tổng điểm hỗ trợ xã hội trung bình là $19,86 \pm 2,22$ và $23,25 \pm 3,01$; tổng điểm hỗ trợ gia đình trung bình là $10,63 \pm 1,51$ và $12,39 \pm 2,12$; tổng điểm hỗ trợ nhân viên y tế trung bình là $9,23 \pm 1,47$ và $10,86 \pm 1,72$.

Bảng 4. Mối tương quan giữa tuổi với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật

Thời gian	roh	Phân tích tương quan
Ngày thứ 3	- 0,29	<0,05
Ra viện	- 0,28	<0,05
(r) Spearman correlation		

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, có sự tương quan giữa tuổi với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới, là tương quan nghịch và tương quan yếu, hệ số tương quan lần lượt là - 0,292 và - 0,285; hệ số tương quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (kiểm định Spearman correlation).

Bảng 5. Mối tương quan giữa giới tính với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật

Giới		Mean (SD)	Phân tích tương quan
Ngày thứ 3	Nam	25,52 (4,76)	>0,05
	Nữ	24,60 (4,76)	
Ra viện	Nam	43,27 (5,89)	>0,05
	Nữ	43,41 (5,56)	
T – Test			

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, không có sự liên quan giữa giới tính với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới ở cả 2 thời điểm nghiên cứu.

Bảng 6. Mối tương quan giữa vị trí gãy xương với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật

Vị trí gãy xương		Giá trị trung bình (Độ lệch chuẩn)	Phân tích tương quan
Ngày thứ 3	Gãy xương cẳng chân	12,92 (2,20)	<0,05
	Gãy thân xương đùi	12,79 (2,17)	
	Gãy cổ xương đùi	11,53 (2,65)	
Ra viện	Gãy xương cẳng chân	21,92 (2,99)	<0,05
	Gãy thân xương đùi	21,83 (2,83)	
	Gãy cổ xương đùi	20,12 (2,84)	
ANOVA Test			

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự tương quan giữa vị trí gãy xương và tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật ($p < 0,05$). Người bệnh gãy xương cẳng chân có tổng điểm vận động trung bình cao hơn người bệnh bị gãy thân xương đùi và cao hơn người bệnh gãy cổ xương đùi.

Bảng 7. Mối tương quan giữa phương pháp phẫu thuật với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật		Giá trị trung bình (Độ lệch chuẩn)	Phân tích tương quan
Ngày thứ 3	KHX bằng nẹp vít	12,83 (2,26)	<0,05
	KHX bằng đinh nội tủy	12,35 (2,19)	
	KHX bằng vít xóp	10,67 (2,91)	
Ra viện	KHX bằng nẹp vít	21,88 (2,61)	<0,05
	KHX bằng đinh nội tủy	23,04 (3,82)	
	KHX bằng vít xóp	18,50 (3,04)	
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 người bệnh kết hợp xương bằng đinh nội tủy cao hơn so với người bệnh được kết hợp xương bằng vít xóp; Tại thời điểm ra viện người bệnh kết hợp xương bằng đinh nội tủy có tổng điểm vận động cao hơn người bệnh kết hợp xương bằng nẹp vít và vít xóp.

Bảng 8. Mối tương quan giữa tổng điểm đau với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật

Thời gian	roh	Phân tích tương quan
Ngày thứ 3	-0,93	<0,05
Ra viện	-0,66	<0,05
(r) Spearman correlation		

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, 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 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (kiểm định Spearman correlation).

Bảng 9. Mối tương quan giữa hỗ trợ xã hội với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật

	Thời gian	roh	Phân tích tương quan
Hỗ trợ xã hội	Ngày thứ 3	0,30	<0,05
	Ra viện	0,54	<0,05
Hỗ trợ của gia đình	Ngày thứ 3	0,21	<0,05
	Ra viện	0,16	<0,05
Hỗ trợ của nhân viên y tế	Ngày thứ 3	0,22	<0,05
	Ra viện	0,68	<0,05
(r) Spearman correlation			

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, có sự tương quan giữa hỗ trợ xã hội với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới, là tương quan thuận và hệ số tương quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (kiểm định Spearman correlation).

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố ảnh hưởng đến vận động sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới

Quá trình tập vận động sau phẫu thuật của người bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm tuổi, vị trí xương gãy, phương pháp phẫu thuật, mức độ đau của người bệnh, các bệnh lý kèm theo, cũng như các yếu tố về tâm sinh lý khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi, vị trí gãy xương, phương pháp phẫu thuật, mức độ đau, hỗ trợ xã hội có sự tương quan với vận động sau phẫu thuật của người bệnh. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa vận động sau phẫu thuật với giới tính của người bệnh. Điều này phù hợp với các yếu tố ảnh hưởng của một số nghiên cứu khác.

4.1.1. Yếu tố tuổi của người bệnh

Theo kết quả nghiên cứu, tuổi trung bình của đối tượng là $50,77 \pm 20,88$ nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 90 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao với 43,62%. Bảng 4, cho thấy tuổi của người bệnh có tương quan nghịch với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật. Người bệnh trẻ tuổi thì tập vận động sớm hơn và có tổng điểm tập vận động cao hơn so với người già. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Eda Dolgun và cộng sự (2017) người bệnh trẻ tuổi được vận động sớm hơn [2]; Nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Trang (2017) người bệnh lớn tuổi

có thể gặp khó khăn hơn trong việc phục hồi sau phẫu thuật [8] và một nghiên cứu khác của Vũ Bảo Hồng (2013) những người bệnh từ trên 50 tuổi có tầm vận động khớp gối không đạt cao gấp 10,7 lần so với người bệnh dưới 50 tuổi [9].

Phẫu thuật xương chi dưới là phẫu thuật cấp cứu và phẫu thuật lớn, người bệnh cao tuổi sau phẫu thuật có thể gặp nhiều biến chứng do suy giảm chức năng sinh lý do đó người bệnh mệt mỏi, kiệt sức nhiều hơn sau phẫu thuật so với người trẻ tuổi và điều này có thể làm trì hoãn thời gian vận động và quá trình tập vận động của người bệnh sẽ gặp khó khăn nhiều hơn do đó hiệu quả của tập vận động thấp hơn [8].

4.2.2. Yếu tố vị trí gãy xương

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được đa số người bệnh bị gãy xương cẳng chân (55,7%), tiếp đó là người bệnh bị gãy cổ xương đùi và thân xương đùi (26,2% và 18,1%). Người bệnh gãy xương cẳng chân trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao, người bệnh gãy xương đùi chiếm tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của Mai Anh Dũng (2019) (38,46% và 50,43%) [10]. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Phan Thị An Dung (2016) (56,7%), nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Trang (2015) (65%) [11].

Tại bảng 7 cho thấy, có sự tương quan giữa vị trí gãy xương và vận động sau phẫu thuật ($p < 0,05$). Người bệnh gãy xương cẳng chân có tổng điểm vận động trung bình cao hơn người bệnh bị gãy thân xương đùi và cao hơn người bệnh gãy cổ xương đùi.

Theo giải phẫu, xương đùi là xương to dài, nhiều mạch máu và cơ bao bọc thường gãy sau một lực chấn thương lớn dẫn đến tình trạng người bệnh bị chấn thương phức tạp như gãy nát xương, tổn thương mạch

máu, dập nát các mô. Ngoài ra: phẫu thuật phức tạp dẫn đến thời gian phẫu thuật kéo dài làm cho người bệnh đau hơn, kiệt sức nhiều hơn so với các vị trí khác của chi dưới.

4.2.3. Yếu tố phương pháp phẫu thuật

Theo kết quả nghiên cứu, 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 người bệnh kết hợp xương bằng đinh nội tủy cao hơn so với người bệnh được kết hợp xương bằng vít xóp; Tại thời điểm ra viện người bệnh kết hợp xương bằng đinh nội tủy có tổng điểm vận động trung bình cao hơn người bệnh kết hợp xương bằng nẹp vít và vít xóp; hệ số tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (kiểm định ANOVA Test).

Ngày thứ 3 sau phẫu thuật có kết quả như trên là do người bệnh kết hợp xương bằng nẹp vít có cố định vững chắc hơn nên người bệnh được tập vận động sớm hơn do đó người bệnh giảm đau, giảm nề nhanh hơn nên người bệnh có kết quả tập vận động tốt hơn. Tuy nhiên tại thời điểm ra viện người bệnh kết hợp xương bằng đinh nội tủy lại vận động tốt hơn là do không phải mở vào ổ gãy, can thiệp vào màng xương, bệnh nhân ít mất máu, không làm tổn thương thêm phần mềm và ít nhiễm trùng, người bệnh hồi sức nhanh hơn, quá trình liền xương nhanh hơn do đó người bệnh có kết quả tập vận động tốt hơn.

4.2.4. Yếu tố đau sau phẫu thuật

Tại bảng 8 cho thấy, tổng điểm đau trung bình có tương quan tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới của người bệnh, là tương quan nghịch, tương quan mạnh và hệ số tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Người bệnh càng đau nhiều thì có vận động kém hơn so với những người ít đau hơn. Chúng tôi

thấy được sự liên quan này tương đồng với một số nghiên cứu: trong nghiên cứu của Eda Dolgun và cộng sự (2017) 20,4% người bệnh không được vận động trong ngày đầu tiên do đau dữ dội. Đau sau phẫu thuật gãy xương cổ xương đùi là phổ biến và có thể làm chậm phục hồi, hạn chế tham gia phục hồi chức năng [2]; nghiên cứu của Münter và cộng sự (2018), đau liên quan đến gãy xương cổ xương đùi là những lý do thường gặp nhất khiến 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. Khi ra viện (trung bình ngày 10), chỉ có 54% người bệnh lấy lại được mức độ vận động cơ bản trước gãy xương [12]. Trong một nghiên cứu về phẫu thuật ổ bụng của Nguyễn Thị Thu Trang (2017) cho thấy đau có tương quan tiêu cực với phục hồi sau phẫu thuật ($r = - 41$; $p < 0,05$). Người bệnh đau dữ dội làm hạn chế khả năng vận động dẫn đến khó chịu ở bụng và đại tiện muộn [8].

4.2.5. Yếu tố hỗ trợ xã hội sau phẫu thuật

Tại bảng 9 cho thấy, có sự tương quan giữa hỗ trợ xã hội với tổng điểm vận động trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới, là tương quan thuận và hệ số tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Người bệnh được nhận hỗ trợ từ phía gia đình nhiều hơn so với hỗ trợ từ phía nhân viên y tế. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long (2010), điểm trung bình của hỗ trợ gia đình là 8,38 (SD = 2,9) và chăm sóc sức khỏe hỗ trợ nhân viên y tế là 5,4 (SD = 2,2) [13]. Theo nghiên cứu của Topçu và đồng nghiệp (2009), đã xác định rằng 74,1% người bệnh đã được nhận giúp đỡ từ người thân trong vận động [14]. Nghiên cứu của Rantanen

và cộng sự (2004) trong hầu hết các trường hợp sau phẫu thuật, vợ /chồng, con cái và bạn bè là người hỗ trợ cho người bệnh; có tới 12% người bệnh xác định rằng chăm sóc sức khỏe của họ dựa vào đội ngũ nhân viên y tế như là một phần trong chăm sóc [15]. Tuy nhiên, kết quả này lại khác so với một số nghiên cứu: Trong nghiên cứu của Eda Dolgun và cộng sự (2017) đã được quan sát thấy rằng 45,8% người bệnh (n = 60) vận động trong ngày đầu tiên [2]. Nghiên cứu của Sunil Sadrudin Samnani và cộng sự (2014) trên 232 người bệnh sau phẫu thuật chỉ ra rằng có 68,14% người bệnh nói rằng tư vấn và hỗ trợ của nhân viên y tế rất hiệu quả trong việc giúp họ có động lực vận động sớm sau phẫu thuật [16].

Do hoàn cảnh, điều kiện y tế tại Việt Nam nói chung và địa điểm nghiên cứu nói riêng thiếu hụt về nhân lực y tế, do tập quán, văn hóa nên chăm sóc người bệnh vẫn phụ thuộc chủ yếu vào người nhà người bệnh, do đó nhân viên y tế chỉ hỗ trợ được người bệnh trong vấn đề liên quan đến chuyên môn, hướng dẫn người bệnh, người nhà người bệnh tập vận động cho người bệnh trong lần đầu tiên cho mỗi động tác, còn người nhà người bệnh mới là người tập vận động cho người bệnh và người bệnh tự tập theo hướng dẫn của người nhà nên hiệu quả tập vận động của người bệnh chưa cao, người bệnh tập sai, chưa đúng vẫn chiếm tỉ lệ cao. Và trong việc tập vận động chủ động của người bệnh thì xuất phát từ chính nỗ lực cá nhân của người bệnh là quan trọng và hiệu quả hơn rất nhiều so với sự giúp đỡ từ người khác. Nghiên cứu này đã khẳng định được vai trò của hỗ trợ xã hội đối với tập vận động của người bệnh. Tuy nhiên, khuyến nghị rằng biện pháp này cần được tiếp tục điều tra trong các khía cạnh khác để xem xét toàn diện về hỗ trợ xã hội.

5. KẾT LUẬN

Đau sau phẫu thuật là yếu tố liên quan nhiều nhất tới vận động của người bệnh. Người bệnh càng đau nhiều: vận động càng kém.

Hỗ trợ xã hội là yếu tố liên quan thứ 2 đến vận động của người bệnh, người bệnh được hỗ trợ càng nhiều thì vận động càng tốt.

Phương pháp phẫu thuật là yếu tố liên quan thứ 3 đến vận động của người bệnh, phương pháp kết hợp xương bằng đinh nội tủy (do ít xâm lấn, ít tổn thương đến xương và tổ chức xung quanh) sẽ có vận động tốt hơn .

Vị trí phẫu thuật, tuổi của người bệnh cũng liên quan chặt chẽ tới vận động của người bệnh sau phẫu thuật.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa vận động sau phẫu thuật với giới tính của 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, Meryem Yavuz, and Aslan, Arzu (2017), "The Investigation Of Mobilization Times Of Patients after Surgery", *Asian Pac. J. Health Sci*, 2017; 4(1):71-75. DOI:10.21276/apjhs.2017.4.1.13
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. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-561>
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. Milgrom, Lesley B, et al. (2004), "Pain levels experienced with activities after cardiac surgery", *American Journal of Critical Care*. 13(2), pp. 116-125.
7. Mitchinson, Allison R, et al. (2008), "Social connectedness and patient recovery after major operations", *Journal of the American College of Surgeons*. 206(2), pp. 292-300. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.08.017.
8. Nguyen Thi Thu Trang, Thosingha, Orapan, and Chanruangvanich, Wallada (2017), "Factors Associated with Recovery among Patients after Abdominal Surgery". *J NURS SCI*, Vol 35.
9. Vũ Bảo Hồng (2013), Kết quả chăm sóc Phục hồi chức năng trên người bệnh sau phẫu thuật gãy thân xương đùi tại Viện chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Việt Đức, năm 2013, *Luận văn tốt nghiệp*, Trường Đại học Thăng Long, 2013.
10. 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
11. Nguyen Thi Thuy Trang (2015), Factor predicting postoperative fatigue among patients with close fracture of leg undergoing internal fixation surgery in Khanh Hoa general hospital, Vietnam, *Master's thesis*, Burapha University.
12. 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. doi: 10.1080/09638288.2017.1314556
13. Nguyen Hoang Long (2010), "Factors related to postoperative symptoms among patients undergoing abdominal surgery", *Master's thesis. Faculty of Nursing, Graduate School, Burapha University, Thailand*.
14. Topçu SY (2009), "Evaluating of Postoperative Mobilization of Surgical Patients", *Türk Cerrahive Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı*. 3, pp. 89- 91.
15. Rantanen, Anja, et al. (2004), "Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others", *Journal of clinical nursing*. 13(2), pp. 158-166. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00847.x
16. Saunders, Cynthia Ball (2015), "Preventing secondary complications in trauma patients with implementation of a multidisciplinary mobilization team", *Journal of Trauma Nursing*. 22(3), pp. 170-175. doi: 10.1097/JTN.0000000000000127.