6. **R. Yi, W.W. Bratchenko, V. Tan.** Deep Friction Massage Versus Steroid Injection in the Treatment of Lateral Epicondylitis, Hand (N Y) 13(1) (2018) 56-59.
7. **R. Viswas, R. Ramachandran, P. Korde Anantkumar**. Comparison of effectiveness of supervised exercise program and Cyriax physiotherapy in patients with tennis elbow (lateral epicondylitis): a randomized clinical trial, ScientificWorldJournal 2012 (2012) 939645.
8. **Ge LP, Liu XQ, Zhang RK**, et al. Comparison between acupotomy and corticosteroid injection for patients diagnosed with different classifications of tennis elbow: a randomized control trial. J Orthop Surg Res. 2022;17(1):433. doi:10.1186/s13018-022-03323-x.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH TỌA TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN

Phạm Thị Như Uyên[1], Cao Thị Huyền Trang[1], Nguyễn Thị Thu Hiền[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu được tiến hành nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân đau thần kinh tọa tại khoa nội IV, bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, trên 170 bệnh nhân, theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thời gian từ 2/2022 đến tháng 2/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 61,53 ± 14,19; tỷ lệ nữ/nam là 1,15; Các chỉ số trung bình trước điều trị gồm: điểm VAS (4,92 ± 1,31 (điểm)), độ giãn CSTL (2,72 ± 0,94 (cm)), (Lasègue: 56,94 ± 11,33 (độ)), 83,53% hạn chế tầm vận động, điểm ODI: 9,79 ± 2,88 (điểm). Triệu chứng y học cổ truyền (YHCT):100% đau lưng, 72,94% mất ngủ, 52,94% tiểu đêm, 54,71% lưỡi có điểm ứ huyết. Cận lâm sàng: hình ảnh Xquang (71,18% gai xương, 31,76% hẹp khe khớp); MRI: trong 67 bệnh nhân được chỉ định có 80,60% thoát vị đĩa đệm, 53,70% tại L4 – L5. ***Từ khoá:*** Đau thần kinh tọa , y học cổ truyền, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF SCIATICA PATIENTS AT THE HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Objective: The study aimed to investigate sciatica patients' clinical and paraclinical characteristics at the Department of Internal Medicine IV, Traditional Medicine Hospital, Ministry of Public Security. **Subjects and methods**: A prospective cross-sectional study was conducted on 170 patients using a convenient sampling method from February 2022 to February 2023. **Results**: The mean age of participants was 61.53 ± 14.19 years. The female/male ratio is 1.15. The average values before treatment were as follows: VAS score (4.92 ± 1.31), lumbar spine extension (2.72 ± 0.94 cm), Lasègue (56.94 ± 11.33 degrees), limited range of motion in 83.53% of patients, and ODI score (9.79 ± 2.88). Symptoms of traditional medicine include 100% of patients with back pain, 72.94% of patients with insomnia, 52.94% of patients with nocturia, and 54.71% of patients with signs of blood stasis in the tongue. Paraclinical results showed that X-ray images showed bone spurs in 71.18% of cases and joint space narrowing in 31.76%. MRI scans conducted on 67 patients showed disc herniation in 80.60% of cases, of which 53.70% occurred at the L4-L5 level.

Keywords: Sciatica, traditional medicine, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh tọa (dây thần kinh hông to, dây thần kinh ngồi) là một hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng V và cùng I, có đặc tính lan theo đường đi của dây thần kinh tọa (từ thắt lưng xuống hông), dọc theo mặt sau đùi xuống cẳng chân, lan ra ngón cái hoặc ngón út (tùy theo rễ bị đau) [1]. Ở Mỹ, đau thần kinh tọa chiếm 5% số người trưởng thành và trong một năm có khoảng 2 triệu người nghỉ việc vì bệnh này [9]. Tại Việt Nam, theo Trần Ngọc Ân và cộng sự, đau thần kinh tọa chiếm tỉ lệ 2% dân số, 17% số người trên 60 tuổi và chiếm tới 11,42% bệnh nhân vào điều trị tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm từ 1991 – 2000, đứng thứ 2 sau Viêm khớp dạng thấp [2]. Để xác định được nguyên nhân gây bệnh, người thầy thuốc đã dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán. Việc chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm gánh nặng y tế cho xã hội và giúp bệnh nhân tránh được các tổn thương nặng nề như hội chứng đuôi ngựa, teo cơ cẳng chân và hạn chế vận động. Trong những năm gần đây, số lượng bệnh nhân đau thần kinh toạ điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an ngày càng tăng. Với mong muốn nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân đau thần kinh toạ, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm*

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Huyền Trang
Email: huyentrang87@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 2.7.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024
Ngày duyệt bài: 17.9.2024

sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân đau thần kinh tọa tại khoa nội IV, bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- ***Tiêu chuẩn lựa chọn:*** Đau thần kinh tọa theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp Bộ Y tế 2014 [3]. Lâm sàng: Hội chứng cột sống (đau âm ỉ hoặc dữ dội, tê bì, kim châm từ vùng thắt lưng lan theo đường đi của thần kinh tọa, co cơ cạnh sống, độ giãn cột sống thắt lưng (CSTL) < 4 cm). Hội chứng rễ thần kinh (bấm chuông dương tính, Lasègue < 70 độ, điểm Valleix đau 3/5 điểm). Cận lâm sàng: Xquang (hình ảnh thoái hóa, gai đôi, cùng hóa CSTL). MRI (thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) CSTL).
- ***Tiêu chuẩn loại trừ:*** Đau thần kinh tọa do chấn thương nặng hoặc vỡ đốt sống, ung thư đốt sống tiên phát hoặc di căn, u tủy và màng tủy, kèm theo các bệnh mạn tính như lao, suy tim, suy gan, suy thận, HIV/AIDS. Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: thuận tiện, thu nhận được 170 bệnh nhân.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu: theo mẫu bệnh án được thiết kế sẵn.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, đặc điểm khởi phát, vị trí tổn thương.

- Đặc điểm lâm sàng: VAS, Tầm vận động gấp CSTL, độ giãn CSTL, Lasègue, ODI.
- Đặc điểm cận lâm sàng: Xquang, MRI.

2.3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: từ 2/2022 đến 2/2023 tại khoa nội IV – Bệnh viện YHCT Bộ công an.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu nhập và xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 61,53 ± 14,19. Tỷ lệ nữ/nam là 1,15. Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm (55,30%). 78,24% khởi phát tự nhiên. Tổn thương chủ yếu cả 2 bên (52,35%). Đau lan từng rễ thần kinh L5 (47,65%) hoặc S1 (41,76%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng theo y học hiện đại

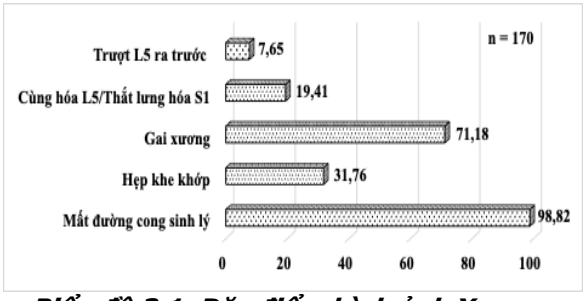
Chỉ số		n	Tỷ lệ (%)
VAS	Đau nhẹ (1 ≤ VAS ≤ 3)	32	18,82
	Đau vừa (4 ≤ VAS ≤ 6)	117	68,83
	Đau nặng (7 ≤ VAS ≤ 8)	21	12,35
	Điểm VAS trung bình $(\bar{X} \pm SD)$ (điểm)	4,92 ± 1,31	
TVĐ gấp CSTL	Không hạn chế	28	16,47
	Hạn chế ít	84	49,41
	Hạn chế trung bình	32	18,82
	Hạn chế nhiều	26	15,30
	TVĐ gấp trung bình $(\bar{X} \pm SD)$ (độ)	58,46 ± 11	
Độ giãn CSTL	d ≥ 4 cm	29	17,06
	3 cm ≤ d < 4 cm	84	49,41
	2 cm ≤ d < 3 cm	34	20,00
	d < 2 cm	23	13,53
	Độ giãn CSTL trung bình $(\bar{X} \pm SD)$ (cm)	2,72 ± 0,94	
Lasègue	Lasègue ≥ 70º	28	16,47
	60º ≤ Lasègue < 70º	74	43,53
	40º ≤ Lasègue < 60º	43	25,29
	Lasègue < 40º	25	14,71
	Tổng	170	100
	Lasègue trung bình $(\bar{X} \pm SD)$ (độ)	56,94 ± 11,33	
ODI	Không hạn chế	31	18,23
	Hạn chế ít	69	40,59
	Hạn chế trung bình	48	28,24
	Hạn chế nhiều	22	12,94
	ODI trung bình $(\bar{X} \pm SD)$ (điểm)	9,79 ± 2,88	

Điểm VAS trung bình là 4,92 ± 1,31. 18,82% hạn chế gấp CSTL mức độ trung bình. 49,41% mức độ giãn cột sống trên 3 cm. 43,53% lasègue dương tính mức 60º ≤ Lasègue < 70º. 81,77% hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền

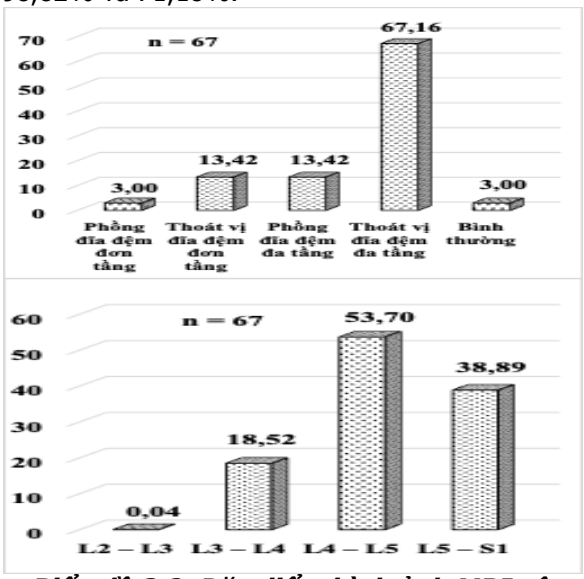
Triệu chứng	n	(%)	Triệu chứng	n	(%)
Đau lưng	170	100	Mạch trầm tế sác	26	15,29
Đau mỏi gối	65	38,24	Đạo hãn	15	8,82
Nhức trong xương	81	47,65	Ngũ tâm phiền nhiệt	40	23,53
Hoa mắt chóng mặt	69	40,59	Đại tiện táo	37	21,76
Ù tai	22	12,94	Đại tiện nát	14	8,24
Mất ngủ	124	72,94	Sợ gió, sợ lạnh	60	35,29
Tiểu đêm	90	52,94	Lưỡi sắc hồng, rêu trắng	60	35,29
Mạch trầm hoạt	36	21,18	Lưỡi sắc đỏ sâm, ít rêu	35	20,59
Mạch trầm huyền	29	17,06	Lưỡi sắc đỏ, rêu vàng	23	13,53
Mạch trầm huyền hoạt	52	30,59	Lưỡi tím	71	41,76
Mạch sáp	37	21,76	Lưỡi có điểm ứ huyết	93	54,71

Đau lưng, mất ngủ, lưỡi có điểm ứ huyết và tiểu đêm là những chứng trạng hay gặp.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm hình ảnh Xquang

Mất đường cong sinh lý và gai xương chiếm 98,82% và 71,18%.



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm hình ảnh MRI cột sống thắt lưng

Trong 67 bệnh nhân được chỉ định MRI có 80,60% có hình ảnh TVĐĐ CSTL. Trong đó, đĩa đệm L4 – L5 và L5 – S1 là 2 vị trí thoát vị nhiều nhất (53,70% và 38,89%)

IV. BÀN LUẬN

Đau và hạn chế vận động CSTL là hai triệu chứng chính khiến bệnh nhân phải đến viện. Trong thoái hóa CSTL, đau thường xuất hiện do sự chèn ép rễ thần kinh gây ra khi hình thành gai xương hay phì đại mỏm khớp sau ở vị trí lỗ liên hợp hay túi cùng bên của ống tủy [1]. Đối với TVĐĐ, tùy theo vị trí và mức độ thoát vị mà triệu chứng đau sẽ có những biểu hiện khác nhau trên lâm sàng. TVĐĐ gây ra sự chèn ép nhân nhầy vào dây chằng dọc sau hoặc bao ngoài màng cứng có thể do đĩa đệm CSTL khi tổn thương gây kích thích bao – rễ thần kinh gây ra đau đớn cho bệnh nhân [4]. Trong nghiên cứu, có một tỷ lệ bệnh nhân đau nhẹ (18,82%), triệu chứng thực thể khác thấy không hạn chế hoặc hạn chế ít, một phần là do bệnh nhân đã từng điều trị ở nhà hoặc một cơ sở y tế khác, các triệu chứng đã cải thiện. Mặt khác, có bệnh nhân vào viện với mức độ đau nhẹ, nhưng lại khó chịu vì tê bì nhiều (69,41%) nên khi vào viện không hạn chế hoặc hạn chế ít, không thấy giảm hoặc giảm ít độ giãn CSTL, bệnh nhân vẫn tự chăm sóc được nên chỉ số ODI không hạn chế (18,23%) và hạn chế ít (40,59%).

Đau lưng (100%,), mất ngủ (72,94%,), tiểu đêm (52,94%) là những triệu chứng lâm sàng YHCT thường gặp nhất. Kết quả này cũng tương tự như Nguyễn Quang Tâm khi nghiên cứu bệnh nhân đau thần kinh toạ có 78,90% rối loạn giấc ngủ [6]. Theo lý luận YHCT, thận tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy được chứa trong các khoang rỗng của xương, nuôi dưỡng xương nên gọi là thận chủ cốt, sinh tủy. Mặt khác, thận sinh tủy, não là bể chứa tủy nên thận thông với não. Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 61,53 ± 14,19. Đây là độ tuổi thiên quý suy kiệt, tinh hư, tủy ít,

thận tinh hư không chủ được cốt tủy khiến lưng gối đau mỏi, thận hư ảnh hưởng trực tiếp đến công năng của não mà dẫn đến mất ngủ. Thận chủ về khí hóa bài tiết nước tiểu, thận hư hay gặp chứng tiểu đêm ở người cao tuổi [5]. YHCT quan niệm, thông bất thống, thống bất thông, khi huyết dịch vận hành trong kinh mạch bị đình trệ do vận hành rối loạn, thuộc về huyết ứ gây đau tại nơi huyết ứ [5]. Đau cũng là một nguyên nhân làm bệnh nhân mất ngủ. Thiệt chẩn và mạch chẩn đóng một vai trò quan trọng trong tứ chẩn. Thông qua quan sát lưỡi, người thấy thuốc có thể tìm hiểu được tình trạng hư thực của tạng phủ, mạnh yếu của khí huyết, tân dịch, tới tính chất của tác nhân gây bệnh [5]. Bình thường chất lưỡi màu hồng nhạt và tươi nhuận. Rêu lưỡi thường do vị khí hình thành trên bề mặt của lưỡi với hình thái mỏng trắng, sáng và nhuận [5]. Trong nghiên cứu này, mạch trầm xuất hiện ở 78,24% bệnh nhân. Tỷ lệ này có mối tương quan với độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu (trên 60 tuổi là 67,1%) và thể bệnh can thận hư trên lâm sàng (78,23%). Mạch trầm thường là bệnh đã vào lý [5], khi bệnh nhân tuổi cao chức năng tạng phủ suy giảm. Mạch trầm huyền hoạt và mạch sáp là 2 mạch có tần số xuất hiện nhiều nhất với tỷ lệ là 30,6% và 21,76%. Mạch sáp là mạch đến đi rất khó khăn, khi đến như là chưa đến, khi đi như là chưa đi và thường gặp ở những người có huyết ứ [5]. Mạch huyền thường gặp trong các chứng bệnh có đau nhiều [5], tương ứng với tình trạng đau CSTL của bệnh nhân trong nghiên cứu. Mạch hoạt thường gặp ở những người có đàm thấp tích lại [5], tương ứng bệnh lý rối loạn chuyển hóa lipid máu.

Hình ảnh gai xương trên Xquang CSTL là một trong những nguyên nhân gây đau thần kinh tọa thường gặp, nhất là sau độ tuổi trung niên. Tuy nhiên, Xquang không cho chẩn đoán xác định là có hay không có TVĐĐ như MRI CSTL nhưng thông qua một số hình ảnh như hẹp khe đốt sống (31,76%), mất đường cong sinh lý (tam chứng Barr), cùng hóa L5 hay thắt lưng hóa S1 (19,41%) mà có thể định hướng chẩn đoán. Theo Trần Ngọc Ân, những dấu hiệu Xquang không có ý nghĩa về mặt bệnh học, vì phần lớn không có triệu chứng trên lâm sàng hoặc rất lâu sau mới có biểu hiện và tổn thương trên phim Xquang thường không tương xứng với mức độ đau trên lâm sàng [1].

MRI có giá trị chẩn đoán xác định chính xác dạng tổn thương cũng như vị trí, mức độ thoát vị [4]. Nguyên nhân thoát vị đa tầng có thể do các đĩa đệm thoát hóa, tuổi càng cao mức độ thoái hóa càng nhiều dẫn đến vòng sợi có khả năng đứt và rách cao hơn [1]. Lê Thị Hoàng Liên cũng thấy rằng thoát vị đơn tầng chỉ gặp ở 13,5% bệnh nhân [8]. Phần lớn TVĐĐ CSTL xảy ra ở 2 đĩa đệm L4 – L5 và L5 – S1, theo Lê Thị Hoàng Liên tỷ lệ này là 75% [8], Lưu Xuân Thu là 80,6%[7]. Đặc biệt là đĩa đệm L4 – L5 như trong nghiên cứu Lê Thị Hoàng Liên là 45,5% [8]. Hai đĩa đệm thắt lưng cuối nằm ở vùng bản lề hoạt động chủ yếu của CSTL, thường xuyên phải chịu sức nặng của nửa trên cơ thể, kết hợp thêm tư thế vận động không cân đối sẽ đẩy nhanh quá trình thoái hóa đĩa đệm là tiền đề cho sự thoát vị ở 2 đĩa đệm này.

V. KẾT LUẬN

- Đa phần bệnh nhân đau mức vừa (68,83%). 83,53% hạn chế TVĐ gấp CSTL ở các mức độ. Độ giãn CSTL: 2,72 ± 0,94 (cm). 43,53% Lasègue dương tính mức 60º ≤ Lasègue < 70º. Điểm ODI: 9,79 ± 2,88 (điểm). 100% đau lưng, 72,94% mất ngủ, 52,94% tiểu đêm, 54,71% lưỡi có điểm ứ huyết.

- Xquang: 98,82% mất đường cong sinh lý, 71,18% gai xương, 31,76% hẹp khe khớp; MRI: 80,60% TVĐĐ, 53,70% tại L4 – L5 và 38,89% tại L5-S1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan.** Phác đồ điều trị và chẩn đoán bệnh cơ xương khớp thường gặp. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2005:204-211.
2. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Nguyễn Thu Hiền.** Đánh giá tình hình bệnh khớp tại khoa CXK bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991-2000). Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai 2001-2002. Nhà xuất bản Y học. 2001:348-358.
3. **Bộ Y Tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp; 2014:140-144.
4. **Nguyễn Văn Chương.** Thực hành lâm sàng học thần kinh. Tập 1. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2005;152-160.
5. **Nguyễn Nhược Kim**. Lý luận y học cổ truyền. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2015:47-49,106-115.
6. **Nguyễn Quang Tâm, Đoàn Văn Minh**. Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan theo Y học cổ truyền ở bệnh nhân đau thần kinh tọa. Tạp chí Y dược học. 9(01). doi:10.34071/jmp.2019.1.5.
7. **Lưu Xuân Thu**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cộng hưởng từ trong hội chứng đau thần kinh tọa. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2013;17(3):143-148.
8. **Lê Thị Hoàng Liên**. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của thoát vị đĩa đệm thắt lưng có đối chiếu với phẫu thuật. Luận văn Thạc sĩ Y học. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2020.
9. **Anthony H. Wheeler.** Practical Guide to Chronic Pain Syndromes. Low Back Pain and Sciatica. ; 2016:181-205.

CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

Nguyễn Quý Hợi[1], Hoàng Lan Vân[2], Hoàng Trung Vinh[3], Ngô Thị Phương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan của người bệnh trước và sau phẫu thuật chấn thương chỉnh hình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 198 người bệnh sau mổ chấn thương chỉnh hình. Nghiên cứu sử dụng bộ đánh giá chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburght (PSQI) và **Kết quả:** Điểm trung bình PSQI của các đối tượng sau mổ tăng lên so với khi ở nhà cho thấy chất lượng giấc ngủ giảm xuống sau phẫu thuật. Nhóm tuổi càng cao thì chất lượng giấc ngủ sau mổ càng kém. Nữ giới sau mổ có chất lượng giấc ngủ kém hơn ở nam giới. Trình độ học vấn càng cao thì có chất lượng giấc ngủ càng cao. Trong các yếu tố môi trường bệnh viện như tiếng ồn, ánh sáng, sự làm phiền của nhân viên y tế dường như ít liên quan tới giảm chất lượng giấc ngủ theo như báo cáo của người bệnh; chỉ có đau là yếu tố được ghi nhận liên quan nhiều đến giảm chất lượng giấc ngủ. **Kết luận:** Chất lượng giấc ngủ của người bệnh sau mổ ở tại viện giảm so với trước khi nhập viện để phẫu thuật. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh sau mổ chấn thương chỉnh hình là giới tính và trình đô học vấn. Người bệnh cho rằng đau là yếu tố liên quan nhiều đến chất lượng giấc ngủ của họ sau mổ, trong khi các yếu tố môi trường bệnh viện không được nhắc đến nhiều.

SUMMARY

SLEEP QUALITY AND THE RELATIVE FACTORS IN PATIENTS WHICH ARE ORTHOPEDIC AND TRAUMA SURGERY IN VINMEC TIMES CITY HOSPITAL

Aims: To examine sleep quality and related factors among patients before and after orthopedic surgery. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study with 198 patients having orthopedic surgeries. The Pittsburgh sleep quality index (PSQI) was used to measure sleep quality. Demographic and clinical factors were also examined. **Results:** The mean PSQI score of the post-operation participants increased, indicating a decrease in their sleep quality. The older age had poorer sleep quality after surgeries. Men after surgeries showed poorer sleep quality than women. The higher the level of education, the higher the quality of sleep. The hospital environmental factors such as noise, light, and disturbances from staff had little impact on sleep quality; while pain was the factor that causes the significant decrease in sleep quality among the patients after surgery. **Conclusion:** The sleep quality of participants after surgeries was worse than when they were at home before being admitted to the hospital for their surgeries. Factors related to sleep quality were gender and education level. The participants reported that pain was related to their worse sleep quality after surgery, while hospital environmental factors were not mentioned much.

Từ khóa: Chấn thương chỉnh hình, chất lượng giấc ngủ, phẫu thuật, chăm sóc sau mổ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giấc ngủ là một nhu cầu sinh lý cơ bản và là một thành phần thiết yếu của chất lượng cuộc sống. Với những người bệnh nhập viện thì nhu cầu về giấc ngủ đã được coi là rất quan trọng để phục hồi sau chấn thương và bệnh tật, và ngày càng có nhiều hiểu biết về vai trò phục hồi của giấc ngủ đối với sức khỏe và bệnh tật. Thật không may, môi trường bệnh viện thường không thuận lợi cho giấc ngủ [1]. Đau đớn, lo lắng, tác dụng phụ của thuốc, can thiệp y tế, tiếng ồn và ánh sáng môi trường, và bản thân căn bệnh cấp tính đều góp phần làm giảm chất lượng và số lượng giấc ngủ ở người bệnh nhập viện [3]. Rối loạn giấc ngủ là phàn nàn phổ biến của bệnh nhân sau chấn thương chỉnh hình nhưng thường bị bỏ qua khi tái khám. Hơn nữa, có thể không rõ liệu rối loạn giấc ngủ là một vấn đề trước khi bị thương hay chúng khởi phát cấp tính. Nhận biết rối loạn giấc ngủ sớm trong giai đoạn hậu phẫu và quản lý các vấn đề như vậy trong suốt quá trình theo dõi lâu dài, đặc biệt ở những bệnh nhân có nguy cơ bị rối loạn giấc ngủ, có thể giúp cải thiện kết quả chức năng và cảm xúc.

Trung tâm chấn thương chỉnh hình & y học thể thao Bệnh viện Vinmec Times City mỗi năm có khoảng 1000 người bệnh phẫu thuật (theo số liệu thống kê nội bộ), bao gồm nhiều chuyên khoa khác nhau như: u xương và phần mềm, y học thể thao, khung chậu và khớp háng, khớp gối và cổ bàn chân, và cột sống. Những người bệnh sau mổ tại đây được chăm sóc với dịch vụ giảm đau, phòng bệnh riêng tư, nhằm cung cấp các điều kiện tốt nhất cho giấc ngủ của người bệnh trong quá trình hồi phục sau mổ. Tuy

[1]Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City
[2]Viện Khoa học sức khỏe, Trường Đại học Vinuni
[3]Trường Đại học Thăng Long
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quý Hợi
Email: nguyenquyhoivd08@gmail.co
Ngày nhận bài: 3.7.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024
Ngày duyệt bài: 17.9.2024