

lượng là $0,313 \pm 0,054 \text{ g/cm}^2$; $0,442 \pm 0,067 \text{ g/cm}^2$; $0,543 \pm 0,075 \text{ g/cm}^2$.

- Một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương cẳng tay ở phụ nữ sau mãn kinh: tuổi càng cao nguy cơ LXCT càng lớn; người có chỉ số BMI dưới 22 làm tăng nguy cơ LXCT; số năm mãn kinh ≥ 10 năm làm tăng nguy cơ LXCT lên 3,8 lần; Có từ 3 con trở lên, nguy cơ LXCT tăng lên 2,0 lần ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Tuấn** (2019). Loãng xương thầm lặng nguy hiểm ở Việt Nam chỉ có 1%-5% bệnh nhân loãng xương được điều trị.
2. **Trần Thị Tô Châu, Vũ Thị Thanh Thủy** (2006). Nhận xét một số bệnh xương khớp và mật độ xương trên phụ nữ mãn kinh ở Hà Nội, Y học lâm sàng. Số 4, tr. 43-45.
3. **Bone Mineral Density Testing – Adult Official Positions of the ISCD update 2019.**

The International Society For Clinical Densitometry.

4. **Gautam KP, Cherian KE, Kapoor N, Thomas N, Paul TV.** Utility and validation of bone mineral density measurements at forearm in predicting trabecular microarchitecture and central-site osteoporosis in aging Indian postmenopausal women—a promising surrogate? *Aging Med.* 2022;5(1):30-37.
5. **Emaus N, Berntsen GKR, Joakimsen R, Fonnebø V.** Longitudinal Changes in Forearm Bone Mineral Density in Women and Men Aged 45–84 Years: The Tromsø Study, a Population-based Study. *Am J Epidemiol.* 2006;163(5):441-449.
6. **Holloway-Kew Kara, Betson AG, Anderson KB, Kotowicz MA, Pasco JA.** Associations between ultra-distal forearm bone mineral density and incident fracture in women. *Osteoporos Int.* 2024;35(6):1019-1027.
7. **Đinh Thị Diệu Hằng, Nguyễn Huyền Nhung** (2018). Mật độ xương của 200 phụ nữ mãn kinh ở tỉnh Hải Dương. Tạp chí Y học Việt Nam; tập 470, tr. 142 – 147.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TẬP DI CHUYỂN SỚM VỚI KẾT QUẢ HỒI PHỤC CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT LÀM CỨNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Bùi Thị Minh Phượng¹, Võ Trần Huy¹, Quảng Thành Vĩnh Niên¹, Cao Thị Kim Hân¹, Nguyễn Thị Mỹ Huyền¹, Nguyễn Đức Thành¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tập di chuyển sớm sau phẫu thuật làm cứng cột sống giúp cải thiện đau, giảm tỷ lệ biến chứng hậu phẫu và rút ngắn thời gian nằm viện. Tuy nhiên, vẫn chưa có sự thống nhất về thời điểm tập di chuyển sớm. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa tập di chuyển sớm với kết quả hồi phục của người bệnh sau phẫu thuật làm cứng cột sống thắt lưng. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 43 người bệnh phẫu thuật làm cứng cột sống thắt lưng qua đường sau và tập luyện phục hồi chức năng tại khoa Ngoại Thần kinh – BV ĐHYD TP.HCM trong thời gian từ tháng 08/2024 đến tháng 01/2025. **Kết quả:** Sau can thiệp phục hồi chức năng, mức độ đau theo thang điểm VAS giảm từ 4,7 điểm xuống 2,3 điểm và mức độ hoạt động chức năng theo chỉ số Barthel tăng từ 26,63 điểm lên 84,65 điểm, tất cả sự cải thiện đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Thời điểm bắt đầu tập di chuyển trung bình $1,51 \pm 0,94$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình sau $6,92 \pm 2,09$ ngày, dao động từ 4 đến 12 ngày. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự cải thiện

đau, mức độ hoạt động chức năng, thời gian nằm viện giữa nhóm người bệnh di chuyển sớm (trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật) và nhóm sau 24 giờ. Chỉ có 3 trường hợp có biến chứng hậu phẫu (viêm phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu, nhiễm trùng tiểu) và không có sự cố nào liên quan đến tập di chuyển được ghi nhận.

Kết luận: Tập di chuyển sớm sau phẫu thuật làm cứng cột sống thắt lưng có tính an toàn và khả thi, góp phần cải thiện đau vết mổ, chức năng sinh hoạt. Tuy nhiên, thời điểm trong 24 giờ sau mổ chưa chứng minh được là điểm cắt tối ưu cho di chuyển sớm để mang lại lợi ích lâm sàng vượt trội.

Từ khóa: Di chuyển sớm, phục hồi chức năng, phẫu thuật làm cứng cột sống thắt lưng.

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN EARLY AMBULATION AND RECOVERY OUTCOMES IN PATIENTS UNDERGOING LUMBAR SPINAL FUSION SURGERY

Background: Numerous studies have demonstrated that early ambulation after spinal fusion surgery contributes to pain relief, reduces postoperative complications, and shortens hospital stays. However, high-quality evidence on its effectiveness remains limited, and there is no consensus regarding the optimal timing for early ambulation. In Vietnam, no studies have been conducted on this issue to date. **Objective:** To determine the association between early ambulation and recovery outcomes in patients undergoing lumbar spinal fusion surgery. **Method:** A total of 43 patients

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: phuong.btm1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

undergoing elective posterior lumbar spinal fusion at the Department of Neurosurgery – University Medical Center Ho Chi Minh City, who received rehabilitation interventions, were enrolled from August 2024 to January 2025. **Results:** Following the intervention, the VAS pain score decreased from 4.7 to 2.3, and the Barthel Index increased from 26.63 to 84.65, with all improvements being statistically significant ($p < 0.001$). The average time to initial ambulation was 1.51 ± 0.94 days. The mean hospital stay was 6.92 ± 2.09 days, ranging from 4 to 12 days. There were no statistically significant differences in pain reduction, Barthel Index improvement, or length of hospital stay between the early ambulation group (within 24 hours postoperatively) and the control group (after 24 hours). Only three patients experienced postoperative complications (pneumonia, deep vein thrombosis, and urinary tract infection), and no mobilization-related adverse events were recorded. **Conclusion:** Early ambulation after lumbar spinal fusion surgery is safe and feasible, contributing to reduced postoperative pain, improved functional outcomes, and shorter hospital stays. However, ambulation within the first 24 hours post-surgery has not been proven to be the optimal cut-off point for achieving superior clinical benefits. **Keywords:** early ambulation, rehabilitation, posterior lumbar spinal fusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây, người bệnh thường được yêu cầu hạn chế di chuyển và nằm nghỉ tại giường sau phẫu thuật làm cứng cột sống thắt lưng (CSTL). Tuy nhiên, hạn chế vận động kéo dài làm chậm quá trình lành thương, tăng nguy cơ các biến chứng hậu phẫu như huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, biến chứng hô hấp, teo yếu cơ, nhiễm trùng, v.v; từ đó kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí y tế và giảm chất lượng sống của người bệnh.

Tập di chuyển sau mổ được định nghĩa là tập đứng dậy và đi ra khỏi giường bệnh. Trong khuyến cáo của hiệp hội ERAS năm 2021, người bệnh hậu phẫu làm cứng cột sống được khuyến khích di chuyển ngay khi có thể để tránh những biến chứng do nằm lâu tại giường với mức độ khuyến cáo mạnh [3]. Đặc biệt, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy mối liên quan giữa tập di chuyển sớm và thời gian nằm viện của người bệnh. Tuy nhiên, vẫn chưa có hướng dẫn chính thức hay các đồng thuận chung về thời điểm tập di chuyển sớm, dao động từ 1 đến 3 ngày hậu phẫu.

Tại Việt Nam, tập di chuyển sớm sau phẫu thuật làm cứng cột sống thắt lưng chưa được áp dụng rộng rãi tại các bệnh viện. Thời điểm tập di chuyển sau phẫu thuật làm cứng cột sống được quyết định dựa trên đánh giá của phẫu thuật viên, kinh nghiệm của nhóm phục hồi chức năng và nguồn lực bệnh viện. Tại Bệnh viện Đại học Y

Dược TP. Hồ Chí Minh, phục hồi chức năng sớm, đặc biệt tập di chuyển sớm đã được áp dụng cho người bệnh sau phẫu thuật làm cứng cột sống thắt lưng.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định mối liên quan giữa tập di chuyển sớm với kết quả hồi phục của người bệnh sau phẫu thuật làm cứng CSTL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu tiến cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 08/2024 đến tháng 01/2025, tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả NB được phẫu thuật chương trình làm cứng CSTL qua đường sau tại khoa Ngoại Thần kinh – BV ĐHYD TP.HCM trong thời gian từ tháng 08/2024 đến tháng 01/2025.

Cách chọn mẫu

Cỡ mẫu: Lấy trọn.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: NB được phẫu thuật làm cứng CSTL phải thoả các điều kiện sau: NB trên 18 tuổi; có can thiệp PHCN; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB có một trong các tình trạng sau: không có đủ dữ liệu trong hồ sơ bệnh án; rối loạn tri giác; có bệnh lý thần kinh, chỉnh hình, cơ xương khớp làm hạn chế di chuyển; có tình trạng hoặc bệnh lý nội khoa nặng chưa được kiểm soát.

Tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Tuyển chọn người bệnh

Tất cả người bệnh được phẫu thuật chương trình làm cứng CSTL qua đường sau tại khoa Ngoại thần kinh, bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đạt tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Bước 2: Đánh giá ban đầu

Nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành lấy các thông tin dịch tễ, đặc điểm lâm sàng, phương pháp điều trị, kết quả trước khi can thiệp PHCN như mức độ đau vết mổ theo thang điểm VAS, mức độ hoạt động chức năng theo chỉ số Barthel, v.v.

Bước 3: Theo dõi điều trị PHCN

Tất cả NB trong mẫu nghiên cứu sẽ được tập PHCN theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị PHCN sau phẫu thuật cột sống của BHYT.

Bước 4: Đánh giá sau can thiệp PHCN

Lượng giá lại trước xuất viện: đau vết mổ, mức độ hoạt động chức năng, biến chứng.

Lấy các thông tin về thời gian rút sonde tiểu, thời gian rút ống dẫn lưu, thời gian nằm viện, tổng chi phí điều trị.

Biến số nghiên cứu

Biến số nền: tuổi, giới, địa chỉ, BMI, chẩn đoán bệnh, bệnh đồng mắc, phân loại ASA.

Biến số liên quan đến điều trị:

+ Phương pháp phẫu thuật, số tầng phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất

+ Thời điểm bắt đầu tập PHCN (ngày): được xác định là khoảng thời gian từ ngày phẫu thuật đến ngày người bệnh bắt đầu chương trình PHCN.

+ Thời điểm bắt đầu tập di chuyển (ngày): được xác định là khoảng thời gian từ ngày phẫu thuật đến ngày người bệnh được tập di chuyển dưới sự hướng dẫn của kỹ thuật viên PHCN.

Biến số liên quan kết quả điều trị:

+ Mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ hoạt động chức năng (chỉ số Barthel)

+ Thời gian rút sonde tiểu, thời gian rút ống dẫn lưu

+ Thời gian nằm viện: là số ngày tính từ thời điểm nhập viện cho đến thời điểm xuất viện

+ Chi phí điều trị: là tổng chi phí nằm viện của người bệnh

+ Biến chứng: là các biến chứng hậu phẫu của người bệnh trong giai đoạn nằm viện, bao gồm biến chứng hô hấp, huyết khối tĩnh mạch chi dưới, loét tỳ đè, nhiễm trùng

+ Sự cố khi tập luyện: là các sự cố xảy ra trong quá trình can thiệp PHCN như té ngã, rối loạn huyết động, đau vết mổ tăng, v.v.

Phương pháp xử lý số liệu. Các dữ liệu được thu thập và quản lý bằng phần mềm Excel, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

Đối với biến số định tính: tính tần số và tỉ lệ %. Sử dụng phép kiểm chính xác Fisher khi có một ô có vọng trị < 1 hoặc ≥ 20% số ô có vọng trị < 5 để xác định mối tương quan giữa các biến định tính.

Đối với biến số định lượng: sử dụng phép kiểm Shapiro - Wilk để kiểm định phân phối của số liệu. Khi so sánh trước và sau can thiệp, sử dụng phép kiểm t bắt cặp nếu dữ liệu có phân phối chuẩn; sử dụng phép kiểm Wilcoxon signed rank nếu dữ liệu có phân phối không chuẩn. Khi so sánh giữa hai nhóm, nếu dữ liệu có phân phối chuẩn, sử dụng phép kiểm t độc lập; nếu dữ liệu không phân phối chuẩn, sử dụng phép kiểm Mann-Whitney U.

Kết quả có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

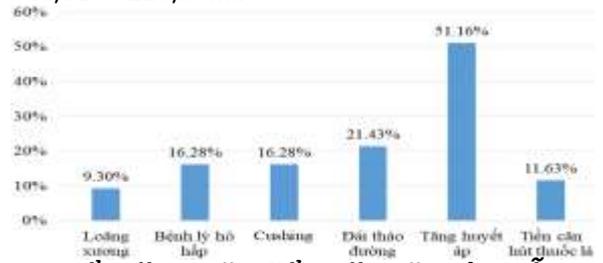
Đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 43 người bệnh phẫu thuật làm cứng CSTL đủ tiêu chí được

tuyển chọn vào mẫu nghiên cứu từ tháng 8/2024 đến tháng 1/2025.

Độ tuổi của nhóm nghiên cứu dao động từ 39 – 77 tuổi, với tuổi trung bình là 58,5 tuổi. Tỷ lệ nữ chiếm 55,81%, cao hơn so với nam giới (44,19%). Chỉ số BMI trung bình của mẫu nghiên cứu là 23,21 kg/m², trong đó giá trị nhỏ nhất là 16,53 kg/m² và lớn nhất là 31,57kg/m².

Về chẩn đoán bệnh, 58,14% trường hợp có trượt ống sống và 27,91% trường hợp có thoát vị đĩa đệm. Phần lớn người bệnh có bệnh lý nội khoa đi kèm, trong đó cao nhất là tăng huyết áp (51,16%) và đái tháo đường (21,43%) (biểu đồ 1). 90,7% người bệnh được đánh giá trước phẫu thuật thuộc nhóm ASA 2-3.

Về phương pháp phẫu thuật, đa số các trường hợp được phẫu thuật mổ mở (72,09%) và can thiệp 1 tầng (67,44%). Thời gian phẫu thuật trung bình của mẫu nghiên cứu là 193,8 ± 65,4 phút và lượng máu mất trung bình là 346,51 ± 218,33ml.



Biểu đồ 1: Đặc điểm tiền căn của mẫu nghiên cứu

Kết quả sau can thiệp. Thời điểm bắt đầu tập PHCN trung bình là 1,16 ± 0,61 ngày. Thời điểm bắt đầu tập di chuyển trung bình là 1,51 ± 0,94 ngày.

Đau vết mổ, chỉ số Barthel, thời gian nằm viện

Bảng 1: So sánh điểm đau vết mổ trước và sau tập di chuyển

Biến số	TB ± ĐLC	GTNN – GTLN	P
Đau vết mổ (điểm)			
Trước can thiệp	4,70 ± 0,96	3 – 6	p < 0,001
Xuất viện	2,30 ± 1,01	1 – 4	
Chỉ số Barthel (điểm)			
Trước can thiệp	26,63 ± 10,33	20 – 60	p < 0,001
Xuất viện	84,65 ± 10,71	50 – 95	

P < 0,001 (wilcoxon signed ranks test)

Mức độ đau vết mổ của người bệnh cải thiện có ý nghĩa thống kê (p < 0,001), giảm từ 4,7 điểm tại lần tập đầu tiên xuống 2,3 điểm tại thời điểm xuất viện. Tương tự, mức độ hoạt động chức năng cũng cải thiện có ý nghĩa thống kê (p < 0,001), cụ thể điểm Barthel tăng từ 26,63

điểm trước can thiệp đến 84,65 điểm khi xuất viện (Bảng 1).

Bảng 2: Thời gian rút dẫn lưu, thời gian rút sonde tiểu, thời gian nằm viện (n= 43)

Đặc điểm	TB±ĐLC	GTNN -GTLN
Thời gian rút sonde tiểu (ngày)	1,33±0,52	1 – 2
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	1,21±0,64	0 – 2
Thời gian nằm viện (ngày)	6,92±2,09	4 – 12

Thời gian nằm viện trung bình là 6,92 ngày, dao động từ 4 đến 12 ngày.

Sự cố tập luyện, biến chứng hậu phẫu.

Không ghi nhận sự cố nào liên quan đến tập di chuyển như té ngã, rối loạn huyết động, đau vết mổ tăng, v.v. Các biến chứng hậu phẫu được ghi nhận bao gồm: 1 ca viêm phổi, 1 ca huyết khối tĩnh mạch chi dưới và 1 ca nhiễm trùng tiểu.

So sánh kết quả giữa nhóm dịch chuyển trong 24 giờ và nhóm sau 24 giờ

Bảng 3: Kết quả của nhóm dịch chuyển trong 24 giờ và nhóm sau 24 giờ

	Nhóm di chuyển trong 24 giờ (n=28)	Nhóm di chuyển sau 24 giờ (n=15)	P
Tuổi	59,29 ± 9,27	57,07 ± 9,77	0.467**
Thời gian phẫu thuật (phút)	191,43 ± 65,60	198,20 ± 67,01	0,610*
BMI (kg/m²)	22,86 ± 2,71	23,88 ± 3,63	0,300**
Lượng máu mất	396,43 ± 249,79	253,33 ± 91,55	0.052*
Phương pháp phẫu thuật			
Mổ mở	21 (75%)	10 (66,7%)	
Nội soi	7 (25%)	5 (33,33%)	
Số tầng phẫu thuật			
1 tầng	18 (64,3%)	11 (73,3%)	
2 tầng	10 (35,7%)	4 (26,7%)	
ASA			
1	2 (7,1%)	2 (13,3%)	
2	20 (71,4%)	10 (66,7%)	
3	6 (21,4%)	3 (20%)	
ΔĐau vết mổ	2,32 ± 1,09	2,53 ± 0,74	0.453*
Thời gian nằm viện (ngày)	6,91 ± 2,07	6,93 ± 2,21	0,949*
ΔĐiểm Barthel	56,25 ± 12,30	61,33 ± 9,72	0,189*
Biến chứng hậu phẫu	1	2	

*P>0,05 (kiểm định Mann–Whitney U); **P>0.05 (kiểm định t độc lập)

Đa số các chỉ số về đặc điểm lâm sàng và kết quả sau can thiệp đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm di chuyển sớm trong 24 giờ và nhóm di chuyển sau 24 giờ.

IV. BÀN LUẬN

Di chuyển sớm sau phẫu thuật là một trong những mục tiêu trọng tâm của chương trình ERAS cho người bệnh sau phẫu thuật làm cứng CSTL [3]. Tuy nhiên, việc triển khai di chuyển sớm vẫn còn gặp nhiều rào cản trong thực hành lâm sàng như đau vết mổ, tê yếu chân, sự hiện diện của dụng cụ y tế (ống dẫn lưu, catheter, đường truyền tĩnh mạch), đặc biệt tâm lý e ngại các sự cố của người bệnh và nhân viên y tế như đau tăng, chảy máu vết mổ, té ngã, v.v [5]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tính an toàn và khả thi của tập di chuyển sớm sau mổ, đồng thời xác định mối liên quan thời điểm di chuyển với kết quả hồi phục của người bệnh.

Về tính an toàn, không có sự cố liên quan đến tập luyện được ghi nhận trong mẫu nghiên cứu. Thời điểm bắt đầu phục hồi chức năng

trung bình là 1,16 ± 0,61 ngày, đặc biệt thời điểm tập di chuyển trung bình là 1,51 ± 0,94 ngày. Điều này củng cố tính an toàn của di chuyển sớm sau phẫu thuật cột sống tại các cơ sở y tế có kiểm soát tốt. Nghiên cứu chỉ ghi nhận có 3 trường hợp có biến chứng hậu phẫu bao gồm viêm phổi, huyết khối tĩnh mạch chi dưới, nhiễm trùng tiểu. Kết quả này tương đồng với kết luận của các tác giả Adogwa (2017) [1], Shuai-Kang (2023) [7], Liao (2023) [6] khi vận động sớm không gây ra các sự cố như té ngã, rối loạn huyết động hay ảnh hưởng vết mổ, ngược lại còn giảm tỷ lệ biến chứng hậu phẫu như hô hấp, huyết khối tĩnh mạch chi dưới, v.v.

Về tính khả thi, thời điểm bắt đầu tập di chuyển trung bình là 1,51 ± 0,94 ngày, tương đồng với thời điểm tập di chuyển sớm trong các nghiên cứu từ 1-3 ngày đầu sau phẫu thuật. Một trong những lý do chính khiến di chuyển sớm vẫn chưa được triển khai đồng bộ tại các bệnh viện ở Việt Nam là do thiếu nguồn nhân lực và sự phối hợp đa ngành. Kết quả này cho thấy di

chuyển sớm sau phẫu thuật cột sống thì khả thi nếu có sự phối hợp liên chuyên khoa, đặc biệt giữa phẫu thuật viên cột sống và nhóm phục hồi chức năng. Đây là tiền đề quan trọng để mở rộng mô hình can thiệp này tại các cơ sở điều trị khác trong nước.

Về mặt hiệu quả, tập di chuyển sau phẫu thuật làm cứng cột sống thắt lưng góp phần cải thiện rõ rệt mức độ đau và chức năng của người bệnh. Tại thời điểm lần tập đi đầu tiên, điểm đau trung bình là $4,7 \pm 0,96$ điểm, sau đó giảm xuống còn $2,30 \pm 1,01$ điểm vào thời điểm xuất viện, và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này phù hợp với kết luận từ bài tổng quan của tác giả Burgess và cộng sự (2019) [2] cho thấy vận động sớm, đặc biệt di chuyển giúp cải thiện đau, đặc biệt trong 3 ngày đầu. Tương tự, nhóm nghiên cứu cũng ghi nhận sự cải thiện đáng kể về mức độ hoạt động chức năng thông qua chỉ số Barthel. Trước can thiệp, điểm Barthel trung bình chỉ đạt $26,63 \pm 10,33$ điểm, phản ánh mức độ phụ thuộc cao trong sinh hoạt hằng ngày. Đến thời điểm xuất viện, chỉ số này tăng lên $84,65 \pm 10,71$ điểm, cho thấy người bệnh có thể trở lại mức độ độc lập chức năng nhất định; sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. So với các nghiên cứu, kết quả của nghiên cứu này hoàn toàn phù hợp về xu hướng cải thiện lâm sàng về mức độ đau và chức năng của người bệnh [4],[6],[7]. Tuy nhiên, sự cải thiện lâm sàng có mối liên quan đến các yếu tố như bệnh nền, phương pháp phẫu thuật, chăm sóc hậu phẫu khác; do đó nhóm nghiên cứu chưa thể xác định được vai trò độc lập của di chuyển sớm đối với các kết quả này.

Thời gian nằm viện là kết quả cải thiện rõ rệt trong các nghiên cứu áp dụng PHCN sớm sau phẫu thuật cột sống. Nghiên cứu này cũng ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là $6,92 \pm 2,09$ ngày, tuy nhiên chúng tôi chưa thể so sánh tác động của di chuyển sớm do thiếu dữ liệu về thời gian nằm viện từ các nghiên cứu tương đồng khác trong nước.

Trong nghiên cứu này, nhóm tập di chuyển trong 24 giờ sau phẫu thuật không cho thấy lợi ích vượt trội rõ ràng về đau vết mổ, chức năng Barthel, thời gian nằm viện và chi phí điều trị so với nhóm bắt đầu sau 24 giờ. Như vậy, thời điểm 24 giờ có thể chưa phải là một điểm cắt tối ưu để khẳng định ưu thế vượt trội của việc di chuyển sớm trong giai đoạn hồi phục ngắn hạn. So với nghiên cứu của tác giả Liao (2023) [6] trên 303 người bệnh phẫu thuật cột sống, thời điểm di chuyển sớm tối ưu là trong vòng 3 ngày

đầu hậu phẫu. Kết quả cho thấy nhóm di chuyển sớm giúp rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị và biến chứng hậu phẫu so với nhóm di chuyển muộn. Như vậy, cửa sổ tối ưu của di chuyển sớm nằm trong khoảng 3 ngày đầu hậu phẫu, có thể không nhất thiết trong vòng 24 giờ. Mặt khác, hạn chế về cỡ mẫu và sự không đồng nhất về một số đặc điểm nền giữa hai nhóm cũng ảnh hưởng đến kết quả hồi phục (Bảng 5), vì vậy làm giảm khả năng đánh giá chính xác hiệu quả thật sự của việc tập di chuyển sớm trong vòng 24 giờ đầu.

Nghiên cứu này ghi nhận có một số hạn chế như: cỡ mẫu nhỏ, đặc điểm nền giữa hai nhóm chưa đồng nhất, thực hiện ở một trung tâm và thời gian theo dõi ngắn hạn.

V. KẾT LUẬN

Tập di chuyển sớm sau phẫu thuật làm cứng cột sống thắt lưng có tính an toàn và khả thi, góp phần cải thiện đau vết mổ, chức năng sinh hoạt và giảm thời gian nằm viện. Tuy nhiên, thời điểm trong 24 giờ sau mổ chưa chứng minh được là điểm cắt tối ưu cho di chuyển sớm để mang lại lợi ích lâm sàng vượt trội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adogwa O, Elsamacicy AA, Fialkoff J, et al.** (2017). Early ambulation decreases length of hospital stay, perioperative complications and improves functional outcomes in elderly patients undergoing surgery for correction of adult degenerative scoliosis. *Spine*. 2017; 42(18):1420-1425.
2. **Burgess LC, Wainwright TW** (2019). What is the evidence for early mobilisation in elective spine surgery? A narrative review. *Healthcare*. 2019; 7(3):92.
3. **Debono B, Wainwright TW, Wang MY, et al.** (2021). Consensus statement for perioperative care in lumbar spinal fusion: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Spine J*. 2021 May; 21(5):729-752.
4. **Epstein NE** (2014). A review article on the benefits of early mobilization following spinal surgery and other medical/surgical procedures. *Surg Neurol Int*. 2014; 5(Suppl 3):S66-73.
5. **Ferrel J.** (2013). Obstacles to early mobilization after spinal fusion and effect on hospital length of stay. *Spine J*. 2013; 13(9):S168.
6. **Liao J, Qi Z, Chen B, Lei P** (2023). Association between early ambulation exercise and short-term postoperative recovery after open transforaminal lumbar interbody fusion: a single center retrospective analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023; 24(1):345.
7. **Wang SK, Li YJ, Wang P, et al.** (2024). Safety and benefit of ambulation within 24 hours in elderly patients undergoing lumbar fusion: propensity score matching study of 882 patients. *Spine J*. 2024; 24(5):812-819.

TUÂN THỦ LỐI SỐNG VÀ TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI XÃ HIỆP THUẬN, HUYỆN PHÚC THỌ, THÀNH PHỐ HÀ NỘI: MỘT NGHIÊN CỨU CẮT NGANG

Lê Thị Thanh Thảo¹, Mạc Đăng Tuấn¹, Đỗ Thu Hằng¹,
Nguyễn Xuân Bách¹, Vũ Ngọc Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả tuân thủ lối sống và tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp tại xã Hiệp Thuận, huyện Phúc Thọ, thành phố Hà Nội. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 173 bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp đang được quản lý tại Trạm Y tế xã Hiệp Thuận, huyện Phúc Thọ, thành phố Hà Nội, đạt tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, được chọn lựa bằng phương pháp ngẫu nhiên phân tầng, khảo sát bằng bộ câu hỏi tự điền thông qua Google form và khảo sát trực tiếp bằng phiếu in. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy thực trạng tuân thủ lối sống và tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp tại xã Hiệp Thuận năm 2023 còn ở mức trung bình. **Kết luận:** Cần triển khai các can thiệp phù hợp nhằm cải thiện cả tuân thủ lối sống và tuân thủ sử dụng thuốc, góp phần nâng cao hiệu quả kiểm soát huyết áp và phòng ngừa biến chứng.

Từ khóa: tuân thủ lối sống, tuân thủ thuốc, tăng huyết áp, Hiệp Thuận, MMAS-8.

SUMMARY

LIFESTYLE AND MEDICATION ADHERENCE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION IN HIEP THUAN COMMUNE, PHUC THO DISTRICT, HANOI CITY: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Objective: The study describes hypertensive patients' lifestyle and medication adherence in Hiep Thuan commune, Phuc Tho district, Hanoi city. **Method:** Cross-sectional study on 173 patients diagnosed with hypertension who are being managed at Hiep Thuan commune health station, Phuc Tho district, Hanoi city, meeting the inclusion and exclusion criteria, selected by a stratified random method, surveyed by a self-completed questionnaire via Google form and directly surveyed by printed form. **Results:** The study shows that the current status of lifestyle adherence and medication adherence of hypertensive patients in Hiep Thuan commune in 2023 is still average. **Conclusion:** It is necessary to implement appropriate interventions to improve both lifestyle and medication adherence, improving the effectiveness of blood pressure control and preventing complications.

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Bách

Email: bachnx.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Keywords: lifestyle adherence, medication adherence, hypertension, Hiep Thuan, MMAS-8.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm trở lại đây, bệnh tăng huyết áp (THA) là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng trên khắp thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bệnh tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân chính gây ra các bệnh tim mạch và đột quy, đóng góp vào tỷ lệ tử vong toàn cầu (1). Tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp đang gia tăng trên toàn cầu do sự già hóa dân số và sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ trong đó có lối sống, chế độ sinh hoạt không lành mạnh. Tỷ lệ này phân bố không đồng đều và đang gia tăng ở những nước có thu nhập thấp và trung bình (2).

Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân mắc tăng huyết áp vẫn không ngừng gia tăng theo. Theo thống kê năm 2015 của Hội Tim mạch học Việt Nam, hơn 5.454 người trưởng thành (từ 25 tuổi trở lên) trong quần thể 44 triệu người tại 8 tỉnh, thành phố Strên toàn quốc mắc tăng huyết áp. Kết quả cho thấy có 47,3% người Việt Nam (20,8 triệu người) bị tăng huyết áp. Đặc biệt, trong những người bị tăng huyết áp, có 39,1% (8,1 triệu người) không được phát hiện bị tăng huyết áp; có 7,2% (0,9 triệu người) bị tăng huyết áp không được điều trị; có 69,0% (8,1 triệu người) bị tăng huyết áp chưa kiểm soát được (3).

Xã Hiệp Thuận, huyện Phúc Thọ là một địa phương ngoại thành của thành phố Hà Nội. Trong những năm trở lại đây, cùng với sự phát triển kinh tế thì mô hình bệnh tật cũng thay đổi, số người dân mắc bệnh tăng huyết áp ghi nhận ở trạm y tế xã Hiệp Thuận tăng đáng kể. Trong điều trị tăng huyết áp, việc tuân thủ lối sống và tuân thủ sử dụng thuốc đã trở thành một vấn đề rất quan trọng. Câu hỏi được đặt ra là thực trạng tuân thủ lối sống và tuân thủ sử dụng thuốc tăng huyết áp của các bệnh nhân trong xã là như thế nào. Tuy nhiên, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Xuất phát từ thực tế kể trên, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả thực trạng tuân thủ lối sống và tuân thủ sử dụng thuốc của người mắc THA trong xã.