KẾT QUẢ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHI TRÊN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Ngọc Long[1], Lê Ngọc Quyên[2], Nguyễn Thị Kim Bằng[3], Lê Thị Thanh Nguyện[1], Nguyễn Thị Thu Trang[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh (NB) sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên và xác định các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP. Hồ Chí Minh năm 2025. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiến cứu trên 318 NB từ 18 tuổi trở lên. Diễn tiến lâm sàng và hoạt động chăm sóc được theo dõi tại 3 thời điểm: Ngày thứ nhất (N1), Ngày thứ ba (N3) và khi Ra viện (RV). Kết quả chăm sóc chung được đánh giá dựa trên bộ công cụ 07 tiêu chí lâm sàng và tâm lý theo thang điểm Bloom cải biên. **Kết quả:** Tỷ lệ NB đạt kết quả chăm sóc mức "Tốt" chiếm ưu thế với 89,31%. Phân tích hồi quy logistic xác định các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê giúp tăng khả năng đạt kết quả chăm sóc tốt bao gồm: nhóm tuổi < 60 (OR = 2,58; p = 0,014); thời gian nhập viện sớm ≤ 24 giờ (OR = 3,35; p = 0,006); không có bệnh lý nền kèm theo (OR = 3,45; p = 0,005); gãy xương kín (OR = 6,14; p < 0,001) và phương pháp phẫu thuật nẹp vít (OR = 2,51; p = 0,015). Ngược lại, thời gian phẫu thuật kéo dài trên 1 giờ làm tăng nguy cơ kết quả chăm sóc chưa tốt lên 10,25 lần (p < 0,001). **Kết luận:** Công tác chăm sóc điều dưỡng sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên đạt hiệu quả cao. Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ giúp điều dưỡng lập kế hoạch chăm sóc cá thể hóa và thực hiện quy trình chuẩn hóa nhằm tối ưu hóa phục hồi chức năng cho người bệnh. ***Từ khóa:*** *Chăm sóc điều dưỡng, kết hợp xương, chi trên*

ABSTRACT

NURSING CARE OUTCOMES AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS FOLLOWING UPPER LIMB FRACTURE FIXATION AT HO CHI MINH CITY HOSPITAL OF TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS

Objectives: To evaluate nursing care outcomes of patients following upper limb fracture fixation surgery and identify associated factors at Ho Chi Minh City Hospital of Traumatology and Orthopaedics in 2025. **Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 318 patients. Clinical progression and nursing interventions were monitored at three milestones: Day 1 (D1), Day 3 (D3), and Discharge (DC). General nursing outcomes were assessed using a 7-criteria clinical and psychological scale based on the modified Bloom's cut-off point. **Results:** The majority of patients (89.31%) achieved a "Good" nursing care outcome. Logistic regression analysis identified several statistically significant factors that increased the likelihood of good outcomes: age < 60 years (OR = 2.58; p = 0.014); early hospital admission within 24 hours (OR = 3.35; p = 0.006); absence of comorbidities (OR = 3.45; p = 0.005); closed fractures (OR = 6.14; p < 0.001); and plate fixation (OR = 2.51; p = 0.015). Conversely, a prolonged surgical duration of more than 1 hour increased the risk of "Poor" nursing outcomes by 10.25 times (p < 0.001). **Conclusions:** Post-operative nursing care for upper limb internal fixation surgery is highly effective. Early identification of risk factors allows nurses to develop individualized care plans and implement standardized protocols to optimize patient rehabilitation. ***Keywords:*** *Nursing care, internal fixation, upper limb.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật toàn cầu, đặc biệt ở nhóm tuổi lao động. Trong các chấn thương hệ vận động ở người lớn, gãy xương chi trên chiếm tỷ lệ đáng kể, ước tính dao động từ 45% đến 50% tổng số ca gãy xương [7]. Phẫu thuật kết hợp xương là phương pháp điều trị thiết yếu giúp phục hồi cấu trúc giải phẫu và chức năng vận động cho các trường hợp tổn thương nặng. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị cuối cùng không chỉ phụ thuộc vào kỹ thuật phẫu thuật mà còn liên quan chặt chẽ đến công tác chăm sóc hậu phẫu. Việc triển khai sớm các can thiệp điều dưỡng chủ động, đặc biệt là mô hình phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS- Enhanced Recovery After Surgery), được chứng minh giúp giảm biến chứng và tăng tốc độ phục hồi[6]. Mặc dù Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành Thông tư 31/2021/TT-BYT về chăm sóc toàn diện, thực tiễn tại các bệnh viện chuyên khoa cho thấy việc đánh giá hệ thống vai trò của điều dưỡng trong phục hồi chức năng vẫn chưa được thực hiện đầy đủ. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh (NB) sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên và xác định các yếu

[1] *Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh hình TP.HCM*
[2] *Đại học Y Dược TP.HCM*
[3] *Bệnh viện Chợ Rẫy*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Quyên
Email: ngocquyendr@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.3.2026
Ngày phản biện khoa học: 25.3.2026
Ngày duyệt bài: 15.4.2026

tố liên quan tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP.HCM năm 2025. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng khoa học thực tiễn để tối ưu hóa quy trình điều dưỡng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiến cứu được thực hiện tại khoa Chi Trên - Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2025 trên những bệnh nhân đã được phẫu thuật kết hợp xương chi trên.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- NB từ 18 tuổi trở lên
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và phim X-quang
- Có khả năng đọc hiểu bảng câu hỏi
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Gãy xương do bệnh lý
- NB có các biến chứng hậu phẫu phải chuyển tuyến.

2.3. Quy trình nghiên cứu:

Quy trình thu thập số liệu được thực hiện một cách hệ thống thông qua việc trích lục hồ sơ bệnh án, quan sát lâm sàng trực tiếp và phỏng vấn người bệnh tại ba thời điểm: ngày thứ nhất sau mổ (N1), ngày thứ ba (N3) và ngày xuất viện (RV). Các biến số độc lập về đặc điểm nhân khẩu học bao gồm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp và dân tộc. Về đặc điểm chấn thương nghiên cứu ghi nhận các biến số như lý do vào viện, thời gian khởi bệnh trước nhập viện, bệnh lý đi kèm, vị trí tay gãy, xương gãy, gãy xương kín/hở, cùng với các yếu tố can thiệp như thời gian phẫu thuật, phương pháp kết hợp xương và thời gian nằm viện. Tình trạng lâm sàng và cận lâm sàng của NB được đánh giá qua các biến số về dấu hiệu sinh tồn, mức độ đau dựa trên thang điểm VAS, tình trạng sưng phù chi, độ khô sạch của vết mổ và chân ống dẫn lưu, chảy máu hoặc nhiễm trùng sau mổ, các yếu tố tâm lý (mức độ lo lắng và chất lượng giấc ngủ)[5], đánh giá X-quang sau phẫu thuật.

Bộ công cụ đánh giá hoạt động chăm sóc điều dưỡng: được xây dựng dựa trên sự kết hợp giữa khung lý thuyết 14 nhu cầu cơ bản của Virginia Henderson, Thông tư 31/2021/TT-BYT của Bộ Y tế và quy trình thực hành lâm sàng tại bệnh viện. Cấu trúc bộ công cụ bao gồm:

- Nhóm hoạt động chăm sóc trực tiếp (11 nội dung): Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, kiểm soát đau, chăm sóc vết mổ/dẫn lưu, theo dõi tuần hoàn chi và thực hiện y lệnh.
- Nhóm hoạt động giáo dục sức khỏe (07 nội dung): Hướng dẫn dinh dưỡng, vận động, tự chăm sóc và phòng ngừa biến chứng.
- Đánh giá kết quả: Sử dụng thang điểm Bloom cải biên, kết quả được phân loại là "Tốt" nếu người bệnh đạt từ 6 đến 7 tiêu chí lâm sàng và tâm lý khi ra viện.

Nghiên cứu thử nghiệm bộ công cụ đánh giá: Trước khi thu thập số liệu chính thức, tác giả đã tiến hành nghiên cứu thử nghiệm trên 30 người bệnh (tương đương 10% quy mô mẫu). Mục tiêu nhằm đánh giá tính phù hợp của các thuật ngữ trong bảng hỏi và đo lường độ tin cậy của bộ công cụ. Kết quả cho thấy bộ công cụ có tính nhất quán nội tại cao (hệ số Cronbach's Alpha). Các sai sót về cách dùng từ chuyên môn đã được hiệu chỉnh để người bệnh dễ dàng hiểu và phản hồi. Số liệu từ nhóm pilot không được đưa vào phân tích kết quả chính thức của 318 NB.

2.4. Xử lý số liệu:

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các kiểm định *t*-test, ANOVA, Chi-square và hồi quy logistic được sử dụng để phân tích mối liên quan với khoảng tin cậy 95%. Giá trị $p<0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Y đức:

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng (256/PCT-HĐĐĐ-SĐH)

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 318 người bệnh (NB) với độ tuổi trung bình là 44,73 ± 16,32 tuổi, trong đó nhóm NB dưới 60 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 78,62%. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế với 63,52%. Đa số NB có trình độ học vấn bậc trung học phổ thông (57,23%), làm các công việc lao động nhẹ (70,13%) và chủ yếu là dân tộc Kinh (97,48%). Nguyên nhân nhập viện phổ biến nhất là tai nạn giao thông (60,69%), với 56,29% NB nhập viện sau 24 giờ kể từ khi khởi bệnh.

Về đặc điểm chấn thương, gãy xương đòn (25,47%) và xương cánh tay (24,84%) là hai vị trí thường gặp nhất. Đa số NB bị gãy xương kín (87,74%) và được phẫu thuật bằng phương pháp nẹp vít (76,10%) với thời gian mổ chủ yếu là giờ dưới 1 giờ (52,83%). Thời gian nằm viện của phần lớn NB tương đối ngắn, dưới 5 ngày chiếm 84,28%.

3.2. Diễn tiến lâm sàng của người bệnh sau phẫu thuật

- *Dấu hiệu sinh tồn (DHST):* Ngay sau phẫu thuật, tỷ lệ NB có DHST bình thường đạt 89,94%, con số này tăng lên 92,45% vào N3 và đạt mức ổn định gần như tuyệt đối là 98,11% khi ra viện.
- *Mức độ đau (VAS):* Đây là chỉ số có sự thay đổi mạnh mẽ nhất. Tại thời điểm N1, có đến 62,58% NB ghi nhận tình trạng đau nhiều hoặc đau vừa. Nhờ các can thiệp giảm đau kịp thời, tỷ lệ này giảm xuống còn 20,13% vào N3 và chỉ còn 4,09% khi ra viện, với 95,91% NB đạt trạng thái đau ít hoặc không đau.
- *Tình trạng vết mổ và dẫn lưu:* Tình trạng vết mổ cải thiện nhanh chóng từ 19,81% thấm băng ở N1 xuống còn 1,26% ở N3 và 100% vết mổ đều khô khi ra viện. Đối với 35 trường hợp có ống dẫn lưu (ODL), tình trạng chân dẫn lưu thấm băng giảm từ 28,57% (N1) xuống 0% từ ngày thứ ba. Tất cả NB đều có dịch dẫn lưu bình thường và ODL được rút an toàn trước khi xuất viện.
- *Phù nề và các triệu chứng khác:* Tình trạng phù nề chi sau mổ giảm từ 44,97% (N1) xuống còn 13,84% khi ra viện. Các biến chứng chảy máu sau mổ rất thấp (0,94% ở N1) và hoàn toàn không ghi nhận trường hợp nhiễm trùng vết mổ nào trong suốt quá trình nghiên cứu.
- *Trạng thái tâm lý và giấc ngủ:* NB có sự cải thiện rõ về tinh thần; tỷ lệ lo lắng giảm từ 46,54% (N1) xuống chỉ còn 5,03% khi xuất viện. Tương tự, tình trạng mất ngủ do đau và lo âu cũng giảm từ 46,54% xuống còn 10,69% tại thời điểm ra viện.
- *Kết quả cận lâm sàng:* Hình ảnh X-quang sau phẫu thuật ghi nhận tỷ lệ hồi phục giải phẫu rất cao với 91,82% NB đạt mức "Rất tốt" và 8,18% đạt mức "Tốt".

3.3. Các hoạt động chăm sóc điều dưỡng

Công tác chăm sóc được thực hiện đồng bộ và duy trì ở mức độ tuân thủ quy trình rất cao, và có sự cải thiện rõ rệt theo thời gian nằm viện (*bảng 1*).

Bảng 1: Tỷ lệ thực hiện Tốt các hoạt động chăm sóc và giáo dục sức khỏe (n = 318)

Nội dung hoạt động	N1 (%)	N3 (%)	RV (%)
I. Hoạt động chăm sóc trực tiếp			
Theo dõi dấu hiệu sinh tồn (≥2 lần/ngày)	95,6	96,54	100
Chăm sóc giảm đau kịp thời	66,04	100	100
Chăm sóc vết mổ (1 lần/ngày)	100	100	100
Chăm sóc vết dẫn lưu (*n=35*)	82,86	88,57	100
Chăm sóc ống dẫn lưu (*n=35*)	85,71	94,29	Đã rút ODL
Theo dõi tuần hoàn chi (≥2 lần/ngày)	81,45	89,31	100
Theo dõi triệu chứng bất thường	100	100	87,11
Chăm sóc tâm lý, động viên	82,70	89,31	98,11
Chăm sóc chế độ ăn uống	95,6	96,54	90,25
Chăm sóc giấc ngủ	86,16	89,31	100
Thực hiện y lệnh điều trị	100	100	87,11
II. Hoạt động giáo dục sức khỏe			
Hướng dẫn chế độ ăn, dinh dưỡng	98,43	98,43	99,69
Hướng dẫn tuân thủ tự chăm sóc	100	100	99,06
Tư vấn kiến thức về bệnh	100	100	94,65
Hướng dẫn vệ sinh cá nhân	100	99,37	97,48
Hướng dẫn nghỉ ngơi, vận động	95,6	98,43	97,8
Hướng dẫn phòng ngừa biến chứng	98,74	98,74	100
Hướng dẫn tái khám đúng hẹn	97,8	100	100

3.4. Các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc

Phân tích hồi quy logistic đã xác định nhiều yếu tố có liên quan chặt chẽ đến kết quả chăm sóc tốt NB sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên (*bảng 2*) bao gồm: nhóm tuổi dưới 60, thời gian nhập viện sớm trong 24 giờ đầu, không có bệnh lý nền đi kèm, gãy xương kín, thời gian phẫu thuật ngắn dưới 1 giờ và sử dụng phương pháp kết hợp xương nẹp vít.

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc người bệnh (n=318)

Yếu tố liên quan	Phân nhóm	Chưa tốt (n=34) (%)	Tốt (n=284) (%)	OR (95% CI)	p
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	8,4	91,6	2,58 (1,21 - 5,47)	0,014
	≥ 60 tuổi	19,1	80,9		
Thời gian khởi bệnh	≤ 24 giờ	5	95	3,35 (1,41 - 7,94)	0,006
	> 24 giờ	15,1	84,9		
Lý do nhập viện	Tai nạn giao thông	9,3	90,7	1,43 (0,69 - 2,92)	0,329
	Lý do khác	12,8	87,2		
Bệnh lý đi kèm	Không	5	95	3,45 (1,45 - 8,17)	0,005
	Có	15,3	84,7		
Phân bố tay gãy	Tay trái	8,3	91,7	1,78 (0,87 - 3,65)	0,114
	Tay phải	13,9	86,1		
Xương gãy	Xương khác	10,3	89,7	1,36 (0,49 - 3,76)	0,556
	Xương cẳng tay	13,5	86,5		
Loại gãy xương	Gãy kín	7,5	92,5	6,14 (2,76 - 13,68)	< 0,001
	Gãy hở	33,3	66,7		
Thời gian phẫu thuật	≤ 1 giờ	2,4	97,6	10,25 (3,52 - 29,87)	< 0,001
	> 1 giờ	20	80		
Phương pháp KHX	Nẹp vít	8,3	91,7	2,51 (1,19 - 5,25)	0,015
	Kirschner	18,4	81,6		

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 318 NB sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP.HCM ghi nhận tỷ lệ chăm sóc tốt đạt 89,31%. Con số này cao hơn nghiên cứu của Đinh Hoàng Tùng[4] (86,2%) và Lê Thị Mai Phương[2] (83,6%). Sự khả quan này phản ánh tính hiệu quả của việc tuân thủ quy trình chăm sóc toàn diện và sự phối hợp nhịp nhàng giữa điều dưỡng và bác sĩ trong quá trình hậu phẫu.

Về diễn tiến lâm sàng, mức độ đau giảm rõ rệt là một trong những thành công lớn nhất của công tác chăm sóc. Tỷ lệ NB đau nhiều/vừa giảm từ 62,58% ở ngày đầu xuống còn 4,09% khi xuất viện. Kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của điều dưỡng trong việc đánh giá đau định kỳ và thực hiện y lệnh thuốc giảm đau kịp thời, giúp NB sớm vận động và rút ngắn thời gian nằm viện[1]. Bên cạnh đó, tình trạng vết mổ và chân ống dẫn lưu khô đạt 100% tại thời điểm ra viện khẳng định quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn và thay băng vô khuẩn được thực hiện rất nghiêm ngặt.

Phân tích các yếu tố liên quan, nghiên cứu cho thấy tuổi tác đóng vai trò quan trọng khi nhóm dưới 60 tuổi có kết quả chăm sóc tốt cao gấp 2,58 lần so với nhóm cao tuổi. Điều này có thể giải thích bởi NB trẻ thường có thể trạng tốt, khả năng hồi phục mô nhanh và tính chủ động cao hơn trong việc tuân thủ các bài tập phục hồi chức năng. Ngược lại, sự hiện diện của các bệnh lý kèm theo (như đái tháo đường, tăng huyết áp) làm giảm khả năng chăm sóc tốt xuống 3,45 lần, do các bệnh lý này thường làm chậm quá trình liền vết thương và gia tăng nguy cơ biến chứng. Đặc biệt, "thời gian vàng" trong cấp cứu chấn thương được khẳng định khi nhóm nhập viện sớm (≤ 24 giờ) có kết quả tốt cao gấp 3,35 lần nhóm nhập muộn. Việc can thiệp sớm giúp giảm thiểu các rối loạn toàn thân, phù nề mô mềm và nguy cơ nhiễm trùng. Về phương diện kết hợp xương thì bất động bằng nẹp vít cho kết quả chăm sóc tốt cao hơn 2,51 lần so với kim Kirschner. Nẹp vít mang lại sự cố định vững chắc về mặt giải phẫu, cho phép điều dưỡng hướng dẫn NB vận động khớp sớm mà không lo ngại di lệch ổ gãy[3].

Nghiên cứu ghi nhận thời gian phẫu thuật trên 1 giờ làm tăng nguy cơ kết quả chăm sóc chưa tốt lên 10,25 lần (p<0.001). Điều này do mổ kéo dài gây sang chấn mô mềm nặng nề, tăng sưng nề và nguy cơ nhiễm trùng, trực tiếp cản trở việc đạt tiêu chí "vết mổ khô sạch" khi ra viện. Bên cạnh đó, các ca mổ phức tạp thường dẫn đến mức độ đau hậu phẫu cao, khiến người bệnh ngại vận động, gây khó khăn cho điều dưỡng khi hướng dẫn phục hồi chức năng sớm trong những ngày đầu (N1, N3). Ngoài ra, thời gian gây mê kéo dài cũng ảnh hưởng đến sự ổn định sinh hiệu và tốc độ tỉnh táo của người bệnh. Kết quả này tương đồng với nguyên lý ERAS về việc tối ưu hóa thời gian mổ để giảm stress sinh lý[6]. Vì vậy, điều dưỡng cần lập kế hoạch chăm sóc đặc biệt, chú trọng kiểm soát đau và theo

dõi sát dấu hiệu nhiễm trùng cho nhóm đối tượng này.

Hoạt động giáo dục sức khỏe cũng đạt tỷ lệ "Tốt" trên 94% ở tất cả các nội dung. Việc điều dưỡng chú trọng tư vấn dinh dưỡng, hướng dẫn tập vận động và nhận biết biến chứng không chỉ giúp NB yên tâm hơn (tỷ lệ an tâm đạt 94,97%) mà còn đảm bảo an toàn sau khi xuất viện[8].

Mặc dù đạt được các mục tiêu đề ra, nghiên cứu vẫn tồn tại một số điểm yếu. Đầu tiên, với thiết kế mô tả cắt ngang, nghiên cứu chỉ xác định được các mối liên quan mà chưa thể khẳng định quan hệ nhân quả giữa các yếu tố và kết quả chăm sóc. Thứ hai, dữ liệu thu thập qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh đang điều trị có thể chịu ảnh hưởng bởi yếu tố chủ quan, tâm lý hoặc sai số nhớ lại, dẫn đến nguy cơ sai lệch thông tin so với thực tế khách quan. Cuối cùng, nghiên cứu mới chỉ tập trung vào các tiêu chí lâm sàng ngắn hạn tại thời điểm xuất viện. Việc thiếu dữ liệu theo dõi dài hạn về quá trình phục hồi chức năng và chất lượng sống khi người bệnh trở lại cộng đồng là một khoảng trống cần được bổ sung trong các nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 318 người bệnh tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP.HCM ghi nhận tỷ lệ chăm sóc điều dưỡng tốt đạt 89,31%. Hầu hết tiêu chí lâm sàng như sinh hiệu, kiểm soát đau và tình trạng vết mổ đều cải thiện tích cực khi xuất viện. Các yếu tố liên quan mật thiết đến kết quả tốt gồm: tuổi dưới 60, nhập viện sớm trước 24 giờ, không bệnh nền, gãy xương kín và phẫu thuật nẹp vít. Ngược lại, thời gian phẫu thuật trên 1 giờ là yếu tố bất lợi. Kết quả này giúp nhận diện sớm nguy cơ và cá thể hóa quy trình chăm sóc giúp tối ưu hóa phục hồi cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai AD, Lê TT, Nguyễn MD, Vũ TL, Võ TTH.** 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. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2019;2(3):61-68.
2. **Lê TMP, Phan TD.** Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật gãy hở xương chi trên và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp năm 2021. *Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng*. 2022;2:51-61.
3. **Ngô ĐQ, Ngô VT, Dương ĐT.** Kết quả kết hợp xương nẹp vít có ghép xương điều trị khớp giả thân xương cánh tay tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;536(2):1-5.
4. **Đinh HT.** Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2020-2021 [Luận văn]. Hà Nội: Trường Đại học Thăng Long; 2022.
5. **Brinkman N, Lans J, Hageman MG, Ring D, Vranceanu AM.** Recovery of Comfort and Capability After Upper Extremity Fracture Is Predominantly Associated With Mindset: A Longitudinal Cohort From the United Kingdom. *J Orthop Trauma*. 2024;38(10):557-565.
6. **Cao H, Zhang Y, Li X, Fan S, Ma X.** The effect of enhanced recovery protocols on postoperative rehabilitation in orthopedic surgery patients. *Medicine (Baltimore)*. 2025;104(3):e41143.
7. **Court-Brown CM, Caesar B.** Epidemiology of adult fractures: A review. *Injury*. 2006;37(8):691-701.
8. **Luo S, Xie Y, He S, Li J, He C.** A Study on the Effect of Nursing Intervention Based on Health Behavior Change Integration Theory on Patients with Limb Fracture and Its Effect on Limb Function and Self-Efficacy. *Comput Math Methods Med*. 2022;2022:1621210.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG GIAI ĐOẠN HẬU PHẪU Ở NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHI DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Thùy[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan trong giai đoạn hậu phẫu ở người bệnh phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại Bệnh viện Đa khoa Nam Định năm 2023. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** 85 người bệnh được phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại bệnh viện Đa khoa Nam Định 4/2023 đến tháng 8/2023. ***Kết quả:*** Mệt mỏi sau phẫu thuật ở mức cao trong ba ngày đầu và giảm dần trong tuần đầu. Đau trước phẫu thuật không liên quan đến mệt mỏi sau

[1] *Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy
Email: thuynguyentccb@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.3.2026
Ngày phản biện khoa học: 26.3.2026
Ngày duyệt bài: 16.4.2026