

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG NHÂN TẠO ĐIỀU TRỊ GỠ CỔ XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2026

Nguyễn Văn Giang¹, Nguyễn Thị Thanh Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chăm sóc điều dưỡng người bệnh cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo điều trị gãy cổ xương đùi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc trên 66 người bệnh ≥ 60 tuổi được phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo từ tháng 02 đến tháng 10/2025 tại khoa Chấn thương chỉnh hình; cùng người bệnh được đánh giá lặp lại vào ngày thứ 1, ngày thứ 3 và trước ngày ra viện. Phân tích bằng thống kê mô tả trên SPSS 25.0.

Kết quả: Tuổi trung bình 65,7 tuổi [độ lệch chuẩn cần xác minh lại từ dữ liệu gốc]; nam giới chiếm 75,8%. Nguyên nhân phẫu thuật chủ yếu do ngã (50,0%) và tiêu chỏm cổ xương đùi (47,0%). Trong 24 giờ đầu, 97,0% người bệnh đau nhiều; đến trước ra viện, 84,8% hết đau, 12,1% đau ít và 3,0% đau vừa. Vết mổ khô đạt 100% trước ra viện, không ghi nhận nhiễm khuẩn hay chảy máu qua quan sát lâm sàng thường quy; dẫn lưu hoạt động bình thường và được rút an toàn. 100% người bệnh được theo dõi chảy máu, vết mổ ≥ 2 lần/ngày trong 24 giờ đầu; 97,0% được hướng dẫn vận động sớm và 100% được tư vấn dinh dưỡng, giáo dục sức khỏe. Mức độ hài lòng tự báo cáo đạt 92,4% “rất hài lòng” và 7,6% “hài lòng”.

Kết luận: Trong giới hạn thiết kế mô tả không có nhóm đối chứng, dữ liệu cho thấy quá trình chăm sóc điều dưỡng sau phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được thực hiện

theo đúng quy trình đề ra, đi kèm diễn biến lâm sàng thuận lợi và mức hài lòng tự báo cáo cao; nghiên cứu chưa đủ cơ sở quy kết các kết quả này là hiệu quả trực tiếp của hoạt động điều dưỡng.

Từ khóa: Chăm sóc điều dưỡng, thay khớp háng nhân tạo, gãy cổ xương đùi, người cao tuổi, sự hài lòng người bệnh.

SUMMARY

OUTCOMES OF NURSING CARE FOR ELDERLY PATIENTS AFTER TOTAL HIP ARTHROPLASTY FOR FEMORAL NECK FRACTURE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To describe the current status of nursing care for elderly patients after total hip arthroplasty (THA) for femoral neck fracture at Thai Nguyen National Hospital in 2025.

Subjects and methods: A prospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted among 66 patients aged ≥ 60 years who underwent THA from February to October 2025 at the Department of Trauma and Orthopedics; the same patients were repeatedly assessed on day 1, day 3, and before discharge. Data were analyzed using descriptive statistics in SPSS 25.0.

Results: Mean age was 65.7 years [standard deviation requires verification against source data]; 75.8% were male. The main causes for surgery were falls (50.0%) and femoral head necrosis (47.0%). During the first 24 hours, 97.0% of patients reported severe pain; by discharge, 84.8% were pain-free, 12.1% had mild pain, and 3.0% had moderate pain. Surgical wounds were dry in 100% of patients before discharge, with no infection or bleeding noted on routine clinical observation; drains functioned normally and were safely removed. All patients (100%) were monitored for bleeding and wound status ≥ 2 times/day during the first 24 hours; 97.0% received early mobilization

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Giang

Email: vangiangddls@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/08/2026

Ngày phản biện khoa học: 23/08/2026

Ngày duyệt bài: 31/08/2026

guidance and 100% received nutritional counseling and health education. Self-reported satisfaction was 92.4% “very satisfied” and 7.6% “satisfied”.

Conclusion: Within the limits of a descriptive design without a comparison group, the data show that postoperative nursing care after THA at Thai Nguyen National Hospital followed the intended protocol, alongside favorable clinical course and high self-reported satisfaction; the study does not provide sufficient basis to attribute these outcomes directly to the effectiveness of nursing care.

Keywords: Nursing care, total hip arthroplasty, femoral neck fracture, elderly patients, patient satisfaction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp háng là một trong những khớp lớn và quan trọng nhất của cơ thể, giữ vai trò chủ yếu trong đi, đứng và di chuyển. Ở người cao tuổi, do loãng xương, thoái hóa khớp và giảm khả năng thăng bằng, nguy cơ gãy cổ xương đùi tăng cao, đặc biệt sau chấn thương nhẹ hoặc té ngã [5],[6]. Bên cạnh gãy cổ xương đùi do chấn thương, hoại tử/tiêu chỏm xương đùi là nguyên nhân tổn thương chỏm xương đùi khác ở người cao tuổi, cũng thường không thể điều trị bảo tồn hiệu quả và có chỉ định thay khớp háng nhân tạo tương tự.

Thay khớp háng nhân tạo là một trong những phẫu thuật thành công nhất của chuyên ngành chấn thương chỉnh hình, giúp người bệnh giảm đau, phục hồi vận động và sớm quay lại sinh hoạt thường ngày; theo Scott và cộng sự, phẫu thuật này mang lại cải thiện lâm sàng rõ rệt ở phần lớn người bệnh sau mổ [7]. Trong nước, nghiên cứu của Nguyễn Đình Hiếu tại Bệnh viện E cho thấy thay khớp háng nhân tạo cải thiện đáng kể tầm vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cao tuổi gãy cổ xương đùi [2].

Tuy nhiên, kết quả điều trị không chỉ phụ thuộc vào phẫu thuật mà còn liên quan đến chất lượng chăm sóc điều dưỡng sau mổ. Người bệnh cao tuổi sau thay khớp háng thường đối mặt nguy cơ rối loạn tuần hoàn-hô hấp, nhiễm khuẩn vết mổ, chảy máu, loét tỳ đè hoặc sa sút tinh thần. Chăm sóc toàn diện được xem là thành phần quan trọng trong phục hồi sau phẫu thuật chỉnh hình lớn theo các khuyến cáo phục hồi sớm hiện hành [8]; theo Thông tư 31/2021/TT-BYT, điều dưỡng viên có trách nhiệm thực hiện quy trình chăm sóc toàn diện, đặc biệt trong giai đoạn hậu phẫu [1].

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là cơ sở tuyến cuối khu vực miền Bắc, đã triển khai thường quy kỹ thuật thay khớp háng nhân tạo từ năm 2007, nhưng hiện chưa có nhiều nghiên cứu mô tả có hệ thống thực trạng chăm sóc người bệnh cao tuổi sau phẫu thuật này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo điều trị gãy cổ xương đùi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2026”, nhằm mô tả diễn biến lâm sàng, hoạt động chăm sóc điều dưỡng và sự hài lòng của người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 60 tuổi trở lên, được phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, do gãy cổ xương đùi hoặc hoại tử/tiêu chỏm xương đùi có chỉ định thay khớp; có khả năng giao tiếp, hiểu câu hỏi; đồng ý tự nguyện tham gia. Loại trừ người bệnh được thay khớp háng từ nơi khác chuyển đến hoặc không đồng ý tham gia. Tên đề tài nêu “gãy cổ xương đùi”

là chỉ định phổ biến nhất trong mẫu (50,0%), trong khi tiêu chỏm xương đùi (47,0%) là nguyên nhân thứ hai cùng chung chỉ định phẫu thuật - điểm cần lưu ý khi trích dẫn hoặc mở rộng nghiên cứu.

2.2. Thời gian, địa điểm: Từ tháng 02/2025 đến tháng 10/2025, tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Thiết kế: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc: cùng người bệnh được đánh giá lặp lại tại ba thời điểm (ngày thứ 1, ngày thứ 3 và trước ra viện) nhằm mô tả diễn biến lâm sàng và hoạt động chăm sóc theo thời gian.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ (liên tiếp) người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu; không tính cỡ mẫu tối thiểu theo công thức thống kê trước khi triển khai. Cỡ mẫu thu được là 66 người bệnh - cỡ mẫu nhỏ, cần lưu ý khi diễn giải độ chính xác của các tỷ lệ mô tả.

2.4. Biểu số, công cụ nghiên cứu: Bộ công cụ được xây dựng dựa trên Thông tư 31/2021/TT-BYT [1] và tham khảo các nghiên cứu trước, được góp ý bởi giảng viên hướng dẫn trước khi thu thập; bộ công cụ chưa qua thẩm định giá trị nội dung bằng hội đồng chuyên gia độc lập hay đánh giá độ tin cậy trên mẫu thử. Mức độ đau phân loại theo thang VAS (không đau/đau ít/đau vừa/đau nhiều) do điều dưỡng trực tiếp đánh giá, chưa mô tả quy trình chuẩn hóa chấm điểm giữa các điều dưỡng. Tình trạng vết mổ được đánh giá qua quan sát lâm sàng thường quy, không dựa trên bảng kiểm

chuẩn hóa hay xét nghiệm vi sinh hệ thống. Sự hài lòng thu thập bằng câu hỏi tự báo cáo 4 mức, là công cụ tự xây dựng chưa chuẩn hóa/thẩm định, có thể chịu ảnh hưởng thiên lệch mong muốn xã hội. Đánh giá được thực hiện vào ngày thứ 1, ngày thứ 3 và trước ngày ra viện.

2.5. Xử lý số liệu: Bệnh án nghiên cứu mã hóa bằng Epidata, phân tích bằng SPSS 25.0. Biểu định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ %; biểu định lượng trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y dược Thái Nguyên phê duyệt và thông qua. Sự tham gia của đối tượng nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của 66 người bệnh là 65,7 tuổi [độ lệch chuẩn ghi nhận trong dữ liệu nguồn là $\pm 0,26$, giá trị này nhỏ bất thường so với một quần thể người cao tuổi và cần được xác minh lại từ dữ liệu gốc trước khi công bố chính thức]; nam giới chiếm 75,8%. Tỷ lệ cư trú thành thị/nông thôn tương đối cân đối (53,0%/47,0%). Trình độ đại học trở lên chiếm 72,8%; 100% có bảo hiểm y tế. Nguyên nhân phẫu thuật chủ yếu do ngã (50,0%) và tiêu chỏm cổ xương đùi (47,0%); 92,4% chưa từng phẫu thuật trước đó. Có 37,9% người bệnh mắc ít nhất một bệnh lý kèm theo, trong đó tăng huyết áp chiếm cao nhất (9,1%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=66)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình (năm)	65,7 [$\pm$ 1,25]
Giới tính nam, n (%)	50 (75,8)
Cư trú thành thị, n (%)	35 (53,0)
Trình độ đại học trở lên, n (%)	48 (72,8)
Có bảo hiểm y tế, n (%)	66 (100,0)
Nguyên nhân phẫu thuật do ngã, n (%)	33 (50,0)
Nguyên nhân do tiêu chòm cổ xương đùi, n (%)	31 (47,0)
Có tiền sử phẫu thuật trước đó, n (%)	5 (7,6)
Có bệnh lý kèm theo, n (%)	25 (37,9)
- trong đó tăng huyết áp, n (%)	6 (9,1)

Chuẩn bị trước phẫu thuật: 98,5% người bệnh được tư vấn đầy đủ trước mổ; 100% được tiêm kháng sinh dự phòng và hướng dẫn

nhịn ăn/uống đúng quy định; 95,5% được đo dấu hiệu sinh tồn trước phẫu thuật (Bảng 2).

Bảng 2. Chuẩn bị điều dưỡng trước phẫu thuật (n=66)

Nội dung	Kết quả, n (%)
Được tư vấn đầy đủ trước mổ	65 (98,5)
Được tiêm kháng sinh dự phòng	66 (100,0)
Được hướng dẫn nhịn ăn/uống đúng quy định	66 (100,0)
Được đo dấu hiệu sinh tồn trước mổ	63 (95,5)

Theo dõi toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn: Trong suốt quá trình theo dõi, 100% người bệnh tỉnh táo, tiếp xúc tốt ở cả ba thời điểm. Trong 24 giờ đầu, tỷ lệ bất thường các dấu hiệu sinh tồn còn ghi nhận ở mức thấp: mạch nhanh 15,2%, nhịp thở nhanh 10,6%, nhiệt độ cao 7,6% và huyết áp cao 3,0%; các tỷ lệ này giảm ở ngày thứ 3 và về bình thường trước khi ra viện (Bảng 3).

Bảng 3. Tỷ lệ bất thường dấu hiệu sinh tồn sau phẫu thuật theo thời điểm (n=66)

Chỉ số	Ngày 1, n (%)	Ngày 3, n (%)	Trước ra viện, n (%)
Huyết áp cao	2 (3,0)	1 (1,5)	0 (0,0)
Mạch nhanh	10 (15,2)	1 (1,5)	0 (0,0)
Nhiệt độ cao	5 (7,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nhịp thở nhanh	7 (10,6)	2 (3,0)	0 (0,0)

Chăm sóc đau, vết mổ và dẫn lưu: Trong 24 giờ đầu, 97,0% người bệnh đau nhiều, không có trường hợp không đau; đến ngày thứ 3, tỷ lệ đau nhiều giảm còn 33,3%; trước ra viện, 84,8% không còn đau, 12,1% đau ít và 3,0% đau vừa (số liệu đã được rà soát lại từ mẫu số 66; tổng 99,9% do làm tròn). Vết mổ khô,

bình thường qua quan sát lâm sàng đạt 97,0% ở ngày đầu và 100% trước ra viện, không ghi nhận dấu hiệu nhiễm khuẩn hay chảy máu qua theo dõi thường quy. Dẫn lưu hoạt động bình thường ở 100% người bệnh trong 2 ngày đầu và được rút trước khi ra viện (Bảng 4).

Bảng 4. Mức độ đau (VAS), tình trạng vết mổ và dẫn lưu theo thời điểm (n=66)

Đặc điểm	Ngày 1, n (%)	Ngày 3, n (%)	Trước ra viện, n (%)
Đau nhiều	64 (97,0)	22 (33,3)	0 (0,0)
Đau vừa	2 (3,0)	31 (46,9)	2 (3,0)
Đau ít	0 (0,0)	13 (19,8)	8 (12,1)
Không đau	0 (0,0)	0 (0,0)	56 (84,8)
Vết mổ khô, bình thường	64 (97,0)	65 (98,5)	66 (100,0)
Dẫn lưu hoạt động bình thường	66 (100,0)	66 (100,0)	đã rút

Hoạt động theo dõi, tư vấn và chăm sóc: 100% người bệnh được theo dõi chảy máu và vết mổ ≥ 2 lần/ngày trong 24 giờ đầu, sau đó giảm tần suất theo diễn biến lâm sàng. Về vận động, 97,0% được tư vấn tự tập vận động sớm trong 24 giờ đầu và đạt 100% từ ngày thứ 3. Về dinh dưỡng, 97,0% được hướng dẫn nhin

ăn kết hợp truyền dịch trong ngày đầu, chuyển sang ăn nhẹ và ăn bình thường đạt 100% từ ngày thứ 3. Tư vấn - giáo dục sức khỏe được thực hiện ≥ 2 lần/ngày cho 100% người bệnh trong 24 giờ đầu, duy trì ít nhất 1 lần/ngày ở các thời điểm sau (Bảng 5).

Bảng 5. Hoạt động theo dõi, tư vấn vận động, dinh dưỡng và giáo dục sức khỏe theo thời điểm (n=66)

Hoạt động chăm sóc	Ngày 1, n (%)	Ngày 3, n (%)	Trước ra viện, n (%)
Theo dõi chảy máu ≥ 2 lần/ngày	66 (100,0)	66 (100,0)	-
Theo dõi vết mổ ≥ 2 lần/ngày	66 (100,0)	6 (9,1)	-
Được tư vấn tự tập vận động	64 (97,0)	66 (100,0)	66 (100,0)
Ăn uống bình thường	0 (0,0)	66 (100,0)	66 (100,0)
Tư vấn - GDSK ≥ 2 lần/ngày	66 (100,0)	5 (7,6)	3 (5,5)

Sự hài lòng: Mức độ hài lòng tự báo cáo của người bệnh và người nhà đạt 92,4% “rất hài lòng” và 7,6% “hài lòng”; không ghi nhận trường hợp không hài lòng (Bảng 6).

Bảng 6. Mức độ hài lòng tự báo cáo của đối tượng nghiên cứu (n=66)

Mức độ hài lòng	n (%)
Rất hài lòng	61 (92,4)
Hài lòng	5 (7,6)

Mức độ hài lòng	n (%)
Không hài lòng	0 (0,0)
Rất không hài lòng	0 (0,0)

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu (65,7 tuổi) phản ánh đúng đặc điểm người bệnh cao tuổi gây cổ xương đùi, tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Đình Hiếu tại Bệnh viện E (67,3 $\pm$ 5,1 tuổi) [2]. Độ lệch chuẩn tuổi ghi

nhận trong dữ liệu ($\pm 0,26$) nhỏ bất thường so với độ phân tán tuổi thường gặp và với giá trị so sánh nêu trên; số liệu này cần đối chiếu lại với dữ liệu gốc trước khi công bố chính thức. Nam giới chiếm đa số (75,8%), có thể liên quan đặc thù lao động và nguy cơ tai nạn tại địa bàn; một số nghiên cứu khác ghi nhận nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn do loãng xương sau mãn kinh. Tỷ lệ cư trú thành thị/nông thôn (53,0%/47,0%) tương đồng nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Loan tại Bệnh viện Việt Đức (56,4%/43,6%) [3].

Nguyên nhân phẫu thuật chủ yếu do ngã (50,0%) và tiêu chỏm cổ xương đùi (47,0%), tương đồng tỷ lệ ngã 52,6% của Nguyễn Đình Hiếu [2]. Do mẫu nghiên cứu gồm cả hai nhóm chỉ định phẫu thuật, các so sánh với những nghiên cứu chỉ giới hạn ở gãy cổ xương đùi đơn thuần cần được diễn giải thận trọng. Tỷ lệ bệnh lý kèm theo (37,9%, chủ yếu tăng huyết áp) tương tự Đỗ Thị Kim Loan (39%) [3].

Công tác chuẩn bị trước mổ đạt tỷ lệ cao (tư vấn 98,5%, kháng sinh dự phòng và hướng dẫn nhịn ăn 100%), tương đồng hoặc cao hơn tỷ lệ 92,3% của Đỗ Thị Kim Loan [3]. 100% người bệnh tỉnh táo ở mọi thời điểm quan sát, tương đồng Nguyễn Đình Hiếu [2]; các rối loạn sinh tồn nhẹ ngày đầu là biến đổi sinh lý thường gặp sau phẫu thuật lớn, cải thiện sau 72 giờ trong dữ liệu quan sát được - tương đồng hướng ỏn định của Đỗ Thị Kim Loan [3].

Mức độ đau tự báo cáo giảm dần, từ 97,0% đau nhiều trong 24 giờ đầu xuống 84,8% hết đau trước ra viện, phù hợp hướng cải thiện của Nguyễn Đình Hiếu (85% giảm đau tốt sau 72 giờ) [2] và nhận định của Scott về vai trò kiểm soát đau trong phục hồi sau thay khớp háng [7]; do thiết kế mô tả không đối chứng, kết quả chỉ

phản ánh diễn biến quan sát được, không đủ cơ sở quy kết là hiệu quả riêng của phác đồ hay chăm sóc điều dưỡng. Vết mổ khô, không ghi nhận nhiễm khuẩn/chảy máu qua theo dõi lâm sàng thường quy, cùng hướng tỷ lệ nhiễm khuẩn thấp (1,3%) của Đỗ Thị Kim Loan [3]; đánh giá dựa trên quan sát lâm sàng không kèm xét nghiệm vi sinh hệ thống nên có thể chưa phát hiện đầy đủ nhiễm khuẩn dưới lâm sàng.

Hoạt động tư vấn vận động sớm đạt 97,0% trong 24 giờ đầu và 100% từ ngày thứ 3, phù hợp khuyến cáo phục hồi sớm sau phẫu thuật chỉnh hình lớn (ERAS) về vai trò vận động sớm trong rút ngắn thời gian nằm viện và giảm biến chứng [8], cùng hướng nhận định của Phạm Văn Thắng và Nguyễn Đức Minh [4]. Chăm sóc dinh dưỡng và tư vấn-giáo dục sức khỏe duy trì đều đặn, phù hợp nội dung chăm sóc toàn diện theo Thông tư 31/2021/TT-BYT [1].

Mức độ hài lòng tự báo cáo rất cao (92,4% rất hài lòng, 7,6% hài lòng) cần diễn giải thận trọng vì công cụ do nhóm nghiên cứu tự xây dựng, chưa chuẩn hóa/thẩm định, và việc thu thập có thể chịu thiên lệch mong muốn xã hội khi người đánh giá không độc lập với đội ngũ chăm sóc. Tỷ lệ 100% ở nhiều chỉ số cũng cần lưu ý khả năng hiệu ứng trần hoặc xu hướng ghi nhận thuận lợi trong hồ sơ thường quy.

Nghiên cứu có hạn chế là cỡ mẫu nhỏ (66), không tính cỡ mẫu tối thiểu trước triển khai, thực hiện tại một cơ sở nên khả năng suy rộng hạn chế; thiết kế mô tả không đối chứng nên không phân tách được đóng góp của chăm sóc điều dưỡng với diễn biến tự nhiên sau phẫu thuật. Bộ công cụ đánh giá đau, vết mổ và hài lòng chưa qua thẩm định chính thức là hạn chế cần khắc phục ở nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Qua theo dõi 66 người bệnh cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2025, dữ liệu mô tả cho thấy: 100% người bệnh tỉnh táo và có chỉ số sinh tồn ổn định trước ra viện; mức độ đau tự báo cáo giảm dần, 84,8% hết đau trước ra viện; vết mổ khô qua theo dõi lâm sàng thường quy, không ghi nhận nhiễm khuẩn hay chảy máu; dẫn lưu hoạt động bình thường và được rút an toàn. Hoạt động chăm sóc điều dưỡng (theo dõi chảy máu/vết mổ, vận động sớm, dinh dưỡng, giáo dục sức khỏe) được thực hiện với tỷ lệ cao theo quy trình đề ra. Mức độ hài lòng tự báo cáo của người bệnh và người nhà đạt 92,4% “rất hài lòng” và 7,6% “hài lòng”. Do thiết kế mô tả không có nhóm đối chứng và một số hạn chế về công cụ đo lường, các kết quả trên nên được xem là thực trạng và diễn biến quan sát được trong mẫu nghiên cứu, chưa đủ cơ sở khoa học để quy kết là hiệu quả trực tiếp của hoạt động chăm sóc điều dưỡng.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Xây dựng và áp dụng các công cụ đánh giá đau, tình trạng vết mổ và sự hài lòng người bệnh đã được chuẩn hóa, có thẩm định độ tin cậy, thay cho công cụ tự xây dựng hiện tại.
2. Bổ sung thiết kế có nhóm so sánh hoặc theo dõi dài hạn hơn ở các nghiên cứu tiếp theo tại đơn vị, nhằm có cơ sở đánh giá đóng góp riêng của hoạt động chăm sóc điều dưỡng.
3. Rà soát và xác minh lại các số liệu mô tả (đặc biệt độ lệch chuẩn tuổi và phân bố mức

độ đau trước ra viện) từ dữ liệu gốc trước khi sử dụng làm căn cứ báo cáo chính thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Thông tư số 31/2021/TT-BYT quy định về hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện. Hà Nội; 2021.
2. **Nguyễn Đình Hiếu, Trần Văn Dũng, Nguyễn Quang Hưng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo ở người cao tuổi bị gãy cổ xương đùi tại Bệnh viện E năm 2024. Tạp chí Y học Thực hành. 2024;122(3):30-37.
3. **Đỗ Thị Kim Loan.** Vai trò của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam. 2022;98(2):21-27.
4. **Phạm Văn Thắng, Nguyễn Đức Minh.** Kết quả điều trị gãy cổ xương đùi bằng thay khớp háng nhân tạo bán phần ở người cao tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;509(1):45-50.
5. **Gullberg B, Johnell O, Kanis JA.** World-wide projections for hip fracture. Osteoporos Int. 1997;7(5):407-413.
6. **Nguyen ND, Center JR, Eisman JA, Nguyen TV.** Bone loss, physical activity, and weight change in elderly women: the Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study. J Bone Miner Res. 2007;22(5):737-744.
7. **Scott CEH, Howie CR, MacDonald D, Biant LC.** Predicting dissatisfaction following total hip replacement: a prospective cohort study. Bone Joint J. 2021;103-B(4):639-649.
8. **Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, et al.** Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Acta Orthop. 2020;91(1):3-19.