

Không có trường hợp nào trong nghiên cứu liệt hoàn toàn nhóm cơ thần kinh chèn ép chi phối, đa số các NB có biểu hiện vận động bình thường 91,4%, chỉ 8,6% người bệnh có biểu hiện rối loạn vận động ở mức độ nhẹ đến vừa kèm có teo cơ tương xứng với vị trí tổn thương. Kết quả này tương xứng với nghiên cứu của Phạm Vô Kỳ 6,4% NB có rối loạn vận động và thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Thanh Tùng với 28,95% NB có biểu hiện rối loạn vận động 1 bên chân tương xứng tổn thương [2] [3].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy người bệnh đến viện với đặc điểm lâm sàng chủ yếu với triệu chứng đau lưng và hội chứng chèn ép rễ (100%) với mức độ đau trung bình theo VAS ở mức độ đau nhiều. Chỉ định phẫu thuật MIS TLIF trong nghiên cứu với NB TĐS thắt lưng cùng 1 tầng ưu tiên với các thương tổn trượt độ thấp và chưa có biểu hiện tổn thương thần kinh mức độ nặng đó đó các biểu hiện triệu chứng cơ năng và thực thể so với các nghiên cứu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Thanh** (2014), Kết Quả điều trị trượt đốt

sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Trường Đại học y Hà Nội.

2. **Phạm Vô Kỳ** (2018), Nghiên cứu ứng dụng xâm lấn tối thiểu điều trị trượt đốt sống thắt lưng 1 tầng, Luận án tiến sỹ y học, Học Viện Quân Y.
3. **Dương Thanh Tùng** (2020), Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thắt lưng – cùng một tầng bằng phẫu thuật vít cố định qua da và ghép xương liên thân đốt, Luận án tiến sỹ y học, Học Viện Quân Y
4. **Phan Trọng Hậu** (2006), Nghiên cứu chuẩn đoán và điều trị phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng do hở eo ở người trưởng thành, Học Viện Quân Y.
5. **Roche MB, Rowe GG**. The incidence of separate neural arch and coincident bone variations: A Summary. JBJS. 1952;34(2):491-3.
6. **Hari A, Krishna M, Rajagandhi S, Rajakumar DV**. Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion—indications and clinical experience. Neurology India. 2016;64(3):444.
7. **Kimchi G, Orlev A, Hadanny A, Knoller N, Harel R**. Minimally Invasive Spine Surgery: The Learning Curve of a Single Surgeon. Global Spine J. 2020;10(8):1022-6.
8. **Parker S.L., Adogwa O., Paul A.R. và cộng sự**. (2011). Utility of minimum clinically important difference in assessing pain, disability, and health state after transforaminal lumbar interbody fusion for degenerative lumbar spondylolisthesis. J Neurosurg Spine, 14(5), 598–604.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN ĐƠN THUẦN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Thế Lực¹, Phạm Hữu Lưu^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương ngực kín ở người cao tuổi thường có các thay đổi theo hướng bất lợi về sinh lý cơ thể, thể trạng yếu, có nhiều bệnh lý mạn tính kèm theo, khả năng miễn dịch suy giảm... Nghiên cứu nhằm tổng kết và nhận xét kết quả điều trị chấn thương ngực kín đơn thuần ở người cao tuổi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu đối với bệnh nhân cao tuổi (từ 65 tuổi trở lên) bị chấn thương ngực kín đơn thuần điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2020-2022. Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Có 65 bệnh nhân với 52 bệnh nhân nam (80%) và 13 bệnh nhân

nữ (20%), tuổi trung bình là 71,04 tuổi; nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông (55,4%); đặc điểm lâm sàng chủ yếu là đau ngực (93,84%). Gãy xương sườn chiếm 96,9% và chủ yếu gãy từ 3 xương sườn trở lên (74,6%), tràn máu màng phổi (53,8%), tràn máu- tràn khí màng phổi (23,1%), đưng dập phổi (16,9%), tràn khí màng phổi đơn thuần chỉ chiếm 6,1%. Các bệnh lý mạn tính kèm theo hay gặp là tăng huyết áp (21,5%) và đái tháo đường type 2 (13,8%). Phương pháp điều trị chủ yếu là dẫn lưu màng phổi kết hợp điều trị nội khoa (72,3%); 100% bệnh nhân được tập lý liệu pháp hô hấp. Thời gian nằm viện trung bình là 8.75 ngày. Kết quả điều trị tốt chiếm 84,6%. **Kết luận:** Chấn thương ngực kín đơn thuần ở người cao tuổi thường kèm theo một số tình trạng như thể trạng kém, loãng xương, miễn dịch suy giảm, khó khăn trong việc tập lý liệu pháp hô hấp do đau. Điều trị phối hợp luôn được đặt ra, thời gian nằm viện có xu hướng kéo dài. **Từ khóa:** Chấn thương ngực kín, chấn thương ngực kín ở người cao tuổi, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF BLUNT CHEST TRAUMA IN THE ELDERLY AT VIETDUC

¹Bệnh viện Đa khoa Kiến An – Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lưu

Email: phamhuulucts@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023

UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Blunt chest trauma in the elderly often has adverse changes in body physiology, weakness, many chronic diseases, impaired immunity... This study aims to summarize and comment on the results of treatment of simple blunt chest trauma in the elderly at Viet Duc University Hospital. **Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study of elderly patients (aged 65 years and older) with blunt chest trauma alone treated at Viet Duc University Hospital in the period of 2020-2022. The data were recorded in the study medical record form for each patient and processed using SPSS 20.0 software. **Results:** There were 65 patients with 52 male patients (80%) and 13 female patients (20%), mean age was 71.04 years old; main causes of injury are traffic accidents (55.4%); The main clinical feature is chest pain (93.84%). Rib fracture accounted for 96.9% and mainly broken 3 ribs or more (74.6%), haemothorax (53.8%), haemothorax-pneumothorax (23.1%), pulmonary contusion (16.9%), pneumothorax only accounted for 6.1%. Common comorbidities were hypertension (21.5%) and type 2 diabetes (13.8%). The main treatment method is pleural drainage combined with medical treatment (72.3%); 100% of patients received respiratory therapy. The mean hospital stay was 8.75 days. Good treatment results accounted for 84.6%. **Conclusion:** Blunt chest trauma in the elderly is often accompanied by a number of conditions such as poor physical condition, osteoporosis, weakened immunity, many chronic diseases, difficulty in performing physiotherapy due to pain. Combination therapy is always recommended, hospital stay tends to be prolonged. **Keywords:** Blunt chest trauma, blunt chest trauma in the elderly, Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực kín là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, có tỷ lệ tử vong cao, chiếm 25% số ca bệnh tử vong do chấn thương. Hiện nay, nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương ngực kín là do tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt. Cùng với tốc độ già hóa dân số nhanh, tỷ lệ chấn thương ngực kín ở người cao tuổi đang có xu hướng gia tăng.

Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là một trung tâm ngoại khoa lớn, hàng năm điều trị nhiều bệnh nhân chấn thương ngực kín với các loại hình tổn thương khác nhau, trong đó có nhiều bệnh nhân cao tuổi. Nhóm bệnh nhân này cần được chú ý trong quá trình điều trị và chăm sóc do thường có một số thay đổi bất lợi về thể trạng, sinh lý tuần hoàn, hô hấp, cơ xương khớp, miễn dịch... và nhiều bệnh lý mạn tính kèm theo. Để tìm hiểu về thực trạng và kết quả điều trị loại hình tổn thương này chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Kết quả điều trị chấn thương ngực kín đơn thuần ở người cao tuổi tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân chấn thương ngực kín đơn thuần, độ tuổi từ 65 trở lên được điều trị tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ 1/ 2020 đến 12/ 2022, không phân biệt tuổi giới, có đầy đủ hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo đúng quy định. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có vết thương ngực hở, bệnh nhân có chấn thương cơ quan khác phối hợp (ví dụ chấn thương sọ não, chấn thương bụng kín...). Thiếu dữ liệu ghi chép trên hồ sơ bệnh án, tư liệu phục vụ nghiên cứu, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các biến số dự kiến: Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, thời gian nằm viện, kết quả điều trị...

Xử lý số liệu: Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0; Số liệu được xử lý, so sánh đối chiếu với các nghiên cứu khác đã được công bố.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022 có 65 bệnh nhân người cao tuổi bị chấn thương ngực kín đơn thuần được điều trị tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực - Bệnh viện hữu nghị Việt Đức với tỷ lệ là nam chiếm 80%, nữ chiếm 20%, tuổi trung bình là 71,4 tuổi, cao nhất là 88 tuổi, thấp nhất là 65 tuổi. Tai nạn giao thông có 36 bệnh nhân (55,4%), tai nạn lao động 06 bệnh nhân (9,2%), tai nạn sinh hoạt 23 bệnh nhân (35,4%)

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng (n = 65)

Triệu chứng	n	%
Đau ngực	61	93,84
Khó thở	59	90,76
Ho ra máu	0	0

Nhận xét: Triệu chứng đau ngực và khó thở có ở hầu hết các bệnh nhân tương ứng tỷ lệ lần lượt là 93,84% và 90,76% (Cùng một bệnh nhân có thể có cả 2 triệu chứng lâm sàng)

Bảng 2. Khám lồng ngực (n = 65)

Dấu hiệu	n	%	
Biến dạng lồng ngực	1	1.5	
Màng sườn di động	1	1.5	
Tràn khí dưới da	12	18.5	
RRPN giảm bên có tổn thương	Một bên	41	63.1
	Hai bên	6	9.2
	Không rõ	18	27.7
Xây sát thành ngực	5	7.7	

Nhận xét: RRPN giảm bên có tổn thương là dấu hiệu thực thể gặp nhiều nhất với tỷ lệ 72,3% tổng số bệnh nhân.

Bảng 3. Các tổn thương tại lồng ngực trên X-quang (n = 65)

Kết quả	n	%
Gãy xương sườn	63	96,9
Tràn khí dưới da	23	35,4
Tràn máu màng phổi	47	72,3
Tràn khí màng phổi	4	6,1
Tràn máu-tràn khí màng phổi	15	23,1

Nhận xét: Gãy xương sườn là tổn thương hay gặp nhất (96,9%) và chủ yếu gãy từ 3 xương sườn trở lên (74,6%).

Bảng 4. Tổn thương trên cắt lớp vi tính lồng ngực (n = 65)

Tổn thương	n	%
Máu cục màng phổi	4	6,1
Ổ chặn màng phổi	4	6,1
Dập phổi	15	23,1
Tràn dịch màng ngoài tim	1	1,5

Nhận xét: Trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực tổn thương hay gặp nhất là đọng dập phổi (chiếm 23,1%).

Bảng 5. Phân bố các bệnh lý mạn tính kèm theo (n = 65)

Bệnh lý mạn tính kèm theo	n	Tỷ lệ %
Tai biến mạch máu não cũ kèm di chứng	1	1.5
Hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	3	4.6
Tăng huyết áp	14	21.5
Đái tháo đường type 2	9	13.8
Viêm/ loét dạ dày/ tá tràng	1	1.5
Bệnh gan mạn tính	1	1.5
Bệnh thận mạn tính	2	3.1
Có sử dụng thuốc chống đông	3	4.6

Nhận xét: Các bệnh lý mạn tính kèm theo chủ yếu là tăng huyết áp (21,5%) và đái tháo đường type 2 (13,8%).

Bảng 6. Điều trị

Điều trị	n	%	
Không can thiệp ngoại khoa	10	15.4	
Can thiệp ngoại khoa+ Nội khoa sau can thiệp	Dẫn lưu màng phổi	47	72.3
	Nội soi lồng ngực	8	12.3
	Mở ngực	0	0
Lý liệu pháp hô hấp	65	100	

Nhận xét: Điều trị chủ yếu là dẫn lưu màng phổi kết hợp điều trị nội khoa (72,3%); 100% bệnh nhân được tập lý liệu pháp hô hấp.

Bảng 7. Thời gian dùng thuốc giảm đau

Thời gian	Số BN	Tỷ lệ %	Trung bình	Tối đa	Tối thiểu
≤ 5 ngày	26	40	6.03	11	2

> 5 ngày	39	60	±3.921		
Tổng	65	100			

Nhận xét: Thuốc giảm đau sử dụng cho các bệnh nhân chủ yếu là Paracetamol 1g truyền tĩnh mạch (liều 2-3g/ ngày), có 2 trường hợp sử dụng phối hợp thêm với thuốc NSAID đường uống. Thời gian sử dụng thuốc giảm đau tương đối dài. Đa số các bệnh nhân có thời gian dùng thuốc giảm đau kéo dài trên 5 ngày (chiếm 60%), trung bình là 6.03±3.921 ngày.

Bảng 8. Thời gian nằm viện

Thời gian	N	%	Trung bình	Tối đa	Tối thiểu
≤ 5 ngày	22	33.8	8.75 ± 6.21	37	2
> 5 ngày	43	66.2			
Tổng	65	100			

Nhận xét: Thời gian nằm viện tương đối dài, trung bình là 8.75 ngày.

Bảng 9. Xếp loại kết quả sớm

Xếp loại	n	%
Tốt	55	84.6
Trung bình	8	12,3
Kém	2	3
Tổng	65	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có kết quả điều trị tốt (chiếm 84,6%). Có 4 trường hợp cần xoay hút dẫn lưu, 4 trường hợp phải mổ nội soi lồng ngực do ổ chặn màng phổi, sau xử trí bệnh nhân ổn định. Có 2 trường hợp kết quả kém: 1 trường hợp sau khi dẫn lưu màng phổi bệnh nhân còn khó thở nhiều, có chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực xử lý ổ chặn màng phổi nhưng gia đình không đồng ý điều trị và xin ra viện, 1 trường hợp bệnh nhân sau khi dẫn lưu màng phổi 2 bên, sau rút dẫn lưu mặc dù được tập lý liệu pháp hô hấp tốt, sau đó xuất hiện hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS - Acute Respiratory Distress Syndrome) mức độ nặng, được hồi sức tích cực nhưng sau đó gia đình xin ra viện không tiếp tục điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Giới tính: Tương tự như các nghiên cứu về chấn thương ngực nói chung, tỷ lệ nam giới thường cao hơn so với hơn nữ giới, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ Nam/nữ = 4/1, theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Ước¹ tỷ lệ này là 6,4/1 và Đặng Công Hiếu² là 3,6/1. Nguyên nhân chấn thương: Theo các tác giả nguyên nhân gây tai nạn chủ yếu là tai nạn giao thông cũng góp phần gây ra sự chênh lệch tỷ lệ nam/nữ như trên, trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân do tai nạn giao thông là 55,4%. Theo Đặng Ngọc Hùng thì chấn

thương do tai nạn giao thông chiếm 64,7%³, theo K. Chrysou trong một nghiên cứu tại Thụy Sĩ thấy tỷ lệ tai nạn giao thông là 75%⁴. Như vậy, tai nạn giao thông vẫn là nguyên nhân chính gây chấn thương ngực. Tỷ lệ chấn thương do tai nạn sinh hoạt trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,4%, chủ yếu do ngã, điều này cũng phù hợp với nhóm bệnh nhân người cao tuổi vốn gặp những khó khăn trong việc đi lại và sinh hoạt hàng ngày.

Lâm sàng và cận lâm sàng: Triệu chứng đau ngực gặp ở đa số các bệnh nhân với tỷ lệ 93,84%, rì rào phế nang giảm hoặc mất cũng chiếm tỷ lệ cao (72,3%), màng sườn di động gặp 1 ca chiếm tỷ lệ 1,5%. Theo Nguyễn Hữu Ước, tỷ lệ rì rào phế nang giảm hoặc mất là 97,4% và màng sườn di động là 6,4%¹. Kết quả trên phim Xquang cho thấy tổn thương hay gặp nhất là gãy xương sườn (chiếm 92,3%) và đa số các bệnh nhân có gãy từ 3 xương sườn trở lên (chiếm 72,3%); tràn máu màng phổi cũng hay gặp với tỷ lệ 53%, tiếp sau là tràn máu-tràn khí màng phổi chiếm 23,1%. Tràn khí màng phổi đơn thuần có 4 ca chiếm tỷ lệ 6,1%. Ngoài ra, trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực đưng dập phổi chiếm 23,1%. Máu cục màng phổi và ổ cận màng phổi chiếm 4%. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của tác giả Đặng Công Hiếu: tràn máu màng phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 42,5%, tràn máu- tràn khí màng phổi 26%, tràn khí màng phổi 9,5%². Trong nghiên cứu chỉ gặp 1 trường hợp tràn dịch màng ngoài tim mức độ ít, chiếm tỷ lệ 1,5%. Bệnh mạn tính kèm theo chủ yếu là tăng huyết áp (21,5%), đái tháo đường type 2 (13,8%).

Điều trị: Điều trị chủ yếu là dẫn lưu màng phổi kết hợp điều trị nội khoa 72,3%; phẫu thuật nội soi lồng ngực 12,3 %, còn lại 15,4% không cần can thiệp ngoại khoa. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác: theo Đoàn Quốc Hưng và Đoàn Duy Hùng, trong số các can thiệp ngoại khoa thì dẫn lưu màng phổi chiếm 93%⁵. 100% bệnh nhân được tập lý liệu pháp hô hấp, tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả Phạm Hữu Lư, Dương Văn Minh⁶. Thuốc giảm đau sử dụng chủ yếu là paracetamol 1g truyền tĩnh mạch (liều 2-3g/ngày), có 2 trường hợp sử dụng phối hợp thêm thuốc NSAID đường uống. Thời gian sử dụng thuốc giảm đau tương đối dài, trên 5 ngày chiếm 60%. Thời gian nằm viện trung bình: 8,75 ±6,21 ngày, cao nhất là 37 ngày và thấp nhất là 2 ngày (bệnh nhân nằm viện 2 ngày tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức

sau đó chuyển bệnh viện tỉnh điều trị tiếp), kết quả chung tốt chiếm 84,6%; kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Phạm Đoàn Ngọc Tuân trên 83 bệnh nhân chấn thương ngực kín (không phân biệt độ tuổi) có thời gian nằm viện trung bình là 6 ngày⁷. Còn theo tác giả Stawicky và cộng sự trong một nghiên cứu lớn tại Mỹ với 27855 bệnh nhân bị chấn thương ngực có gãy nhiều xương sườn chia thành 2 nhóm tuổi là từ 65 tuổi trở lên và dưới 65 tuổi, thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhân cao tuổi là 11,04 ngày và cao hơn hẳn so với nhóm còn lại⁸.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương ngực kín đơn thuần ở người cao tuổi thường kèm theo một số tình trạng như thể trạng kém, loãng xương, miễn dịch suy giảm, khó khăn trong việc tập lý liệu pháp hô hấp do đau... Kết quả của nghiên cứu cho thấy điều trị phối hợp luôn được đặt ra, thời gian nằm viện có xu hướng kéo dài và cho kết quả chung tương đối khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Ước. Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004 – 2006. Tạp chí y học Việt Nam. 2006;328:402-413.
2. Đặng Công Hiếu. Đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín có gãy nhiều xương sườn tại Bệnh viện quân y 103. Tạp chí y học Việt Nam. 2021:1-4.
3. Đặng Ngọc Hùng. Một số nhận xét về đặc điểm triệu chứng, sơ cứu và cấp cứu chấn thương ngực kín qua 139 trường hợp tại bệnh viện 103. Tạp chí y học Việt Nam. 2006:2-11.
4. Chrysou K, Halat G, Hokscho B, Schmid RA, Kocher GJ. Lessons from a large trauma center: impact of blunt chest trauma in polytrauma patients-still a relevant problem? Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2017;25(1):42. doi:10.1186/s13049-017-0384-y
5. Đoàn Quốc Hưng ĐDH. Kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương ngực kín tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn Hà Nội giai đoạn 2012-2014. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 2016:3-9.
6. Phạm Hữu Lư DVM. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi và lý liệu pháp hô hấp ở bệnh nhân chấn thương ngực kín kèm chấn thương sọ não tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí y học Việt Nam. 2022:242-245.
7. Phạm Đoàn Ngọc Tuân. Kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ. Tạp chí y dược học Thành phố Cần Thơ. 2023:101-109.
8. Stawicky SP, Grossman MD, Hoey BA, Miller DL, Reed JF. Rib fractures in the elderly: a marker of injury severity. J Am Geriatr Soc. 2004;52(5):805-808. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52223.x