

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC VINH**



**NGUYỄN THỊ HẢI**

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GÀN CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CAO TUỔI SAU  
PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA  
NGHỆ AN**

**ĐỀ CƯƠNG ĐỒ ÁN THẠC SĨ NGÀNH SINH HỌC THỰC NGHIỆM**

**Nghệ An, 2025**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC VINH**



**NGUYỄN THỊ HẢI**

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GÀN CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CAO TUỔI SAU  
PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA  
NGHỆ AN**

**ĐỀ CƯƠNG ĐỒ ÁN THẠC SĨ NGÀNH SINH HỌC THỰC NGHIỆM**

**Mã số: 8.42.01.14**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**TS. Nguyễn Đức Vương**

**TS. Nguyễn Thị Thảo**

**Nghệ An, 2025**

**MỤC LỤC**

<b>MỞ ĐẦU.....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG I. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....</b>	<b>3</b>

<b>1.1. Tổng quan khớp háng.....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Đặc điểm giải phẫu sinh lý khớp háng .....	3
1.1.2. Chức năng của khớp háng.....	6
1.1.3. Chỉ định phẫu thuật thay khớp háng.....	7
1.1.4. Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật.....	7
1.1.5. Phân loại độ thoái hoá khớp háng .....	8
1.1.6. Quá trình phẫu thuật thay khớp háng .....	8
<b>1.2. Hoạt động chăm sóc điều dưỡng.....</b>	<b>9</b>
1.2.1. Học thuyết điều dưỡng và áp dụng trong chăm sóc bệnh nhân [12] .....	9
1.2.2. Vai trò của điều dưỡng .....	11
1.2.3. Quy trình chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng .....	12
<b>1.3. Các phương pháp phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng.....</b>	<b>12</b>
1.3.1. Tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngày thứ 1 và 2 sau phẫu thuật.....	12
1.3.2. Tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân từ ngày thứ 3 đến thứ 5 sau phẫu thuật .....	14
1.3.3. Tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân từ ngày 5 đến 4 tuần sau phẫu thuật ...	14
<b>1.4. Biến chứng sau phẫu thuật thay khớp háng .....</b>	<b>14</b>
<b>1.5. Tình hình chăm sóc bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng trên thế giới và tại Việt Nam.....</b>	<b>15</b>
1.5.1. Tình hình chăm sóc bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng trên thế giới.....	15
1.5.2. Tình hình chăm sóc bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng tại Việt Nam .....	16
<b>CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Đối tượng nghiên cứu .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3. Phương pháp nghiên cứu .....</b>	<b>17</b>
2.3.1 Thiết kế nghiên cứu .....	17

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu: .....	17
2.3.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu .....	18
2.3.4. Các quy trình kỹ thuật điều dưỡng trong chăm sóc bệnh nhân .....	22
2.3.5. Kết quả chăm sóc bệnh nhân .....	24
<b>2.4. Phương pháp thu thập số liệu.....</b>	<b>26</b>
<b>2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.....</b>	<b>26</b>
<b>2.6. Hoá chất và thiết bị dụng cụ .....</b>	<b>26</b>
2.5.1. Hoá chất.....	26
2.5.2. Thiết bị, dụng cụ.....	26
<b>CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN (DỰ KIẾN).....</b>	<b>27</b>
<b>3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân thay khớp háng tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.....</b>	<b>27</b>
3.1.1. Đặc điểm dịch tể học của bệnh nhân .....	27
3.1.2. Phân bố tuổi của bệnh nhân.....	27
3.1.3. Phân bố giới tính của bệnh nhân .....	27
3.1.4. Nguyên nhân thay khớp háng .....	27
3.1.5. Phân loại độ thoái hoá khớp háng .....	27
3.1.6. Mối liên quan giữa phẫu thuật thay khớp háng với bệnh kèm theo .....	27
<b>3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thay khớp háng tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An .....</b>	<b>27</b>
3.2.1. Thời gian nằm viện.....	27
3.2.2. Thời gian phẫu thuật.....	27
3.2.3. Các bệnh lý kèm theo .....	27
3.2.4. Đánh giá kết quả đau theo thang điểm VAS .....	27
3.2.5. Đánh giá kết quả lành vết thương theo Southampton .....	27
3.2.6. Đánh giá khả phục hồi chức năng sau phẫu thuật .....	27
<b>3.3. Mối liên quan giữ các yếu tố .....</b>	<b>27</b>

3.3.1. Mối liên quan giữa tuổi với độ thoái hoá .....	27
3.3.2. Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật với độ thoái hoá .....	27
3.3.3. Mối liên quan giữa đau với độ thoái hoá.....	27
3.3.4. Mối liên quan giữa lành vết thương với bệnh kèm theo.....	27
3.3.5. Mối liên quan giữa phục hồi chức năng với tuổi.....	27
3.3.6. Mối liên quan giữa thời gian nằm viện với bệnh kèm theo.....	27
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO .....</b>	<b>28</b>

## DANH MỤC CÁC KÍ HIỆU, CÁC CHỮ VIẾT TẮT

TT	Phần viết tắt	Phần viết đầy đủ

## **DANH MỤC BẢNG**

Bảng 1.1. Phân loại theo Kellgren & Lawrence (K&L .....	16
Bảng 1.2. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS .....	31
Bảng 1.3. Phân loại mức độ lành vết thương theo thang điểm Southamton .....	31

## DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1. Các thành phần khớp háng người.....	3
Hình 1.2. Đầu trên xương đùi người .....	4
Hình 1.3. Góc cổ thân và góc ngả trước của xương đùi .....	5
Hình 1.4. Hệ thống mạch máu cổ chỏm xương đùi .....	6
Hình 1.5. Các bước của quy trình điều dưỡng. ....	12
Hình 1.6. Bài tập thay khớp háng.....	14
Hình 1.7 Các động tác đi lại sau phẫu thuật khớp háng .....	14

## MỞ ĐẦU

### 1. Lý do chọn đề tài

Phẫu thuật thay khớp háng là một phương pháp phẫu thuật thay thế khớp háng bị hư hỏng hoặc bị tổn thương bởi các bệnh lý xương khớp như thoái hóa khớp, viêm khớp, chấn thương hoặc các bệnh lý khác. Người bệnh có thể được thay từng phần khớp háng hoặc thay toàn bộ khớp háng, cả chỏm xương đùi lẫn ổ cối. Phẫu thuật này chủ yếu được thực hiện để giảm đau, cải thiện chức năng vận động và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân. Đây là một thành tựu lớn của chuyên ngành chấn thương chỉnh hình nói riêng và của y học nói chung.

Dân số thế giới đang già hóa nhanh chóng, kéo theo đó là sự gia tăng của các bệnh lý cơ xương khớp. Ở người cao tuổi, đặc biệt là bệnh nhân sau tai biến gãy cổ xương đùi hoặc thoái hóa khớp háng nặng, thay khớp háng đóng vai trò quan trọng trong phục hồi chức năng và duy trì khả năng tự chăm sóc. Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng có nguy cơ cao gặp các biến chứng như viêm phổi, loét tì đè, nhiễm trùng, huyết khối tĩnh mạch sâu, biến chứng tim mạch, hoặc các vấn đề về phục hồi chức năng. Do đó, việc đánh giá kết quả chăm sóc gần sau phẫu thuật là cần thiết để theo dõi tình trạng phục hồi, xác định các yếu tố ảnh hưởng và đề xuất các giải pháp cải thiện chất lượng điều trị.

Ở Việt Nam, phẫu thuật thay khớp háng được triển khai thường quy tại các bệnh viện tuyến trung ương và địa phương. Tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An đã tiến hành ca thay khớp háng toàn phần đầu tiên từ năm 2018. Cho đến nay đã có nhiều đề tài y khoa nghiên cứu về đặt điểm lâm sàng và kết quả trong điều trị thay khớp háng, tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá toàn diện về kết quả chăm sóc gần sau phẫu thuật ở bệnh nhân cao tuổi. Việc nghiên cứu, đánh giá kết quả gần chăm sóc gần giúp cho bệnh nhân kiểm soát đau, vận động sớm giảm nguy cơ mắc phải các biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề án **“Đánh giá kết quả gần chăm sóc bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng tại bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An”**

### 2. Ý nghĩa của đề tài

- Ý nghĩa thực tiễn

- Đánh giá hiệu quả chăm sóc điều dưỡng sau phẫu thuật thay khớp háng, góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc, nâng cao chất lượng phục hồi sau phẫu thuật.
- Giảm thiểu những rủi ro, biến chứng có thể xảy ra, và tạo ra các phương pháp điều trị hiệu quả hơn, rút ngắn thời gian điều trị cho bệnh nhân cao tuổi.

#### ● Ý nghĩa khoa học

- Cung cấp dữ liệu thực tiễn về công tác chăm sóc hậu phẫu thay khớp háng tại bệnh viện tuyến cuối, bổ sung vào hệ thống nghiên cứu về điều dưỡng trong chấn thương chỉnh hình.
- Là cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo nhằm cải tiến quy trình chăm sóc hậu phẫu, góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân thay khớp háng tại bệnh viện.

### 3. Mục tiêu nghiên cứu

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi thay khớp háng tại bệnh viện HNĐK Nghệ An.
- Đánh giá kết quả chăm sóc gần bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An.

### 4. Nội dung nghiên cứu

- Đánh giá thực trạng chăm sóc điều dưỡng sau phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An.
- Đánh giá kết quả chăm sóc thông qua mức độ phục hồi, tỷ lệ biến chứng và sự hài lòng của bệnh nhân.
- Phân tích các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến hiệu quả chăm sóc, bao gồm quy trình chăm sóc, đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

### 5. Giả thuyết khoa học

Việc chăm sóc hậu phẫu một cách hệ thống, đầy đủ và phù hợp tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An có thể góp phần cải thiện đáng kể kết quả gần sau phẫu thuật thay khớp háng ở bệnh nhân cao tuổi. Điều này được thể hiện qua việc giảm đau hiệu quả, cải thiện khả năng vận động, giảm thiểu các biến chứng sau mổ và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

## CHƯƠNG I. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

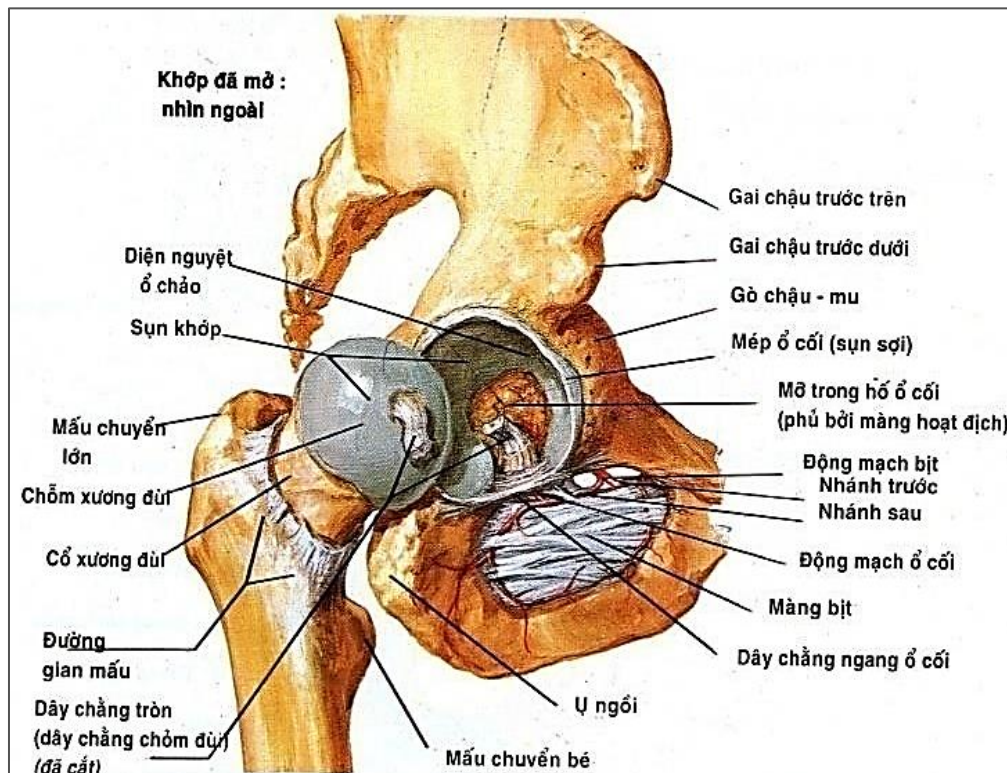
### 1.1. Tổng quan khớp háng

#### 1.1.1. Đặc điểm giải phẫu sinh lý khớp háng

Khớp háng là khớp chỏm cầu lớn nhất của cơ thể tiếp nối đầu trên xương đùi với ổ cối. Cấu tạo gồm có các thành phần chính như sau: ổ cối, đầu trên xương đùi, bao khớp, dây chằng, mạch máu thần kinh và các cơ xung quanh[10].

#### Ổ cối

Ổ cối hình lõm bằng 2/5 khối cầu [31] (Hình 1.1) do một phần xương chậu, xương mu, xương ngồi và sụn viền tạo thành. Ổ cối hướng xuống dưới ra ngoài và hơi ra trước. Bờ dưới ổ cối hơi vát tạo thành vành khuyết ổ cối, đây là nơi xuất phát của dây chằng tròn ổ cối gồm 2 phần: phần tiếp khớp với chỏm đùi gọi là diện nguyệt có sụn bao bọc, phần còn lại là hố ổ cối chứa tổ chức mỡ, mạch máu... quanh ổ cối xương nhô lên thành viền ổ cối, phía dưới viền ổ cối có khuyết ổ cối.



**Hình 1.1. Các thành phần khớp háng người**

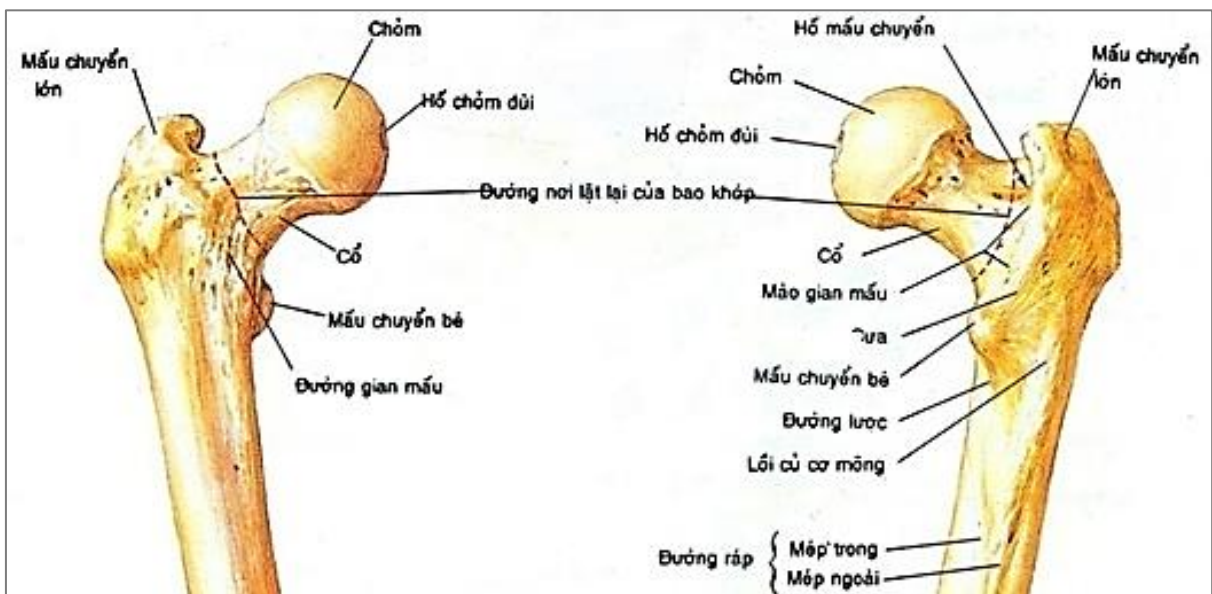
+ Sụn ổ cối: Lót bên trong ổ cối trừ hố ổ cối, bề dày của sụn 6% đường kính của chỏm và thường dày nhất ở thành trên, sụn có cấu trúc đặc biệt cho phép chịu lực lớn.

Có một khoảng trống của ổ cối không có lớp sụn, đó là hố của dây chằng tròn.

+ Sụn viền ổ cối: Là một vòng sợi bám vào viền ổ cối làm sâu thêm ổ cối để ôm lấy chỏm xương đùi, phần sụn viền vắt ngang qua khuyết ổ cối gọi là dây chằng ngang ổ cối.

### **Chỏm xương đùi**

Chỏm xương đùi có hình dạng 2/3 khối cầu hướng lên trên vào trong ra trước, chỏm có sụn che phủ, dày nhất ở trung tâm (Hình 1.2). Phía sau dưới đỉnh chỏm có một chỗ lõm không có lớp sụn bao phủ gọi là hố dây chằng tròn, đây là nơi bám của dây chằng tròn. Đường kính của chỏm xương đùi dài 38-60 mm.



Nhìn từ phía trước

Nhìn từ phía sau

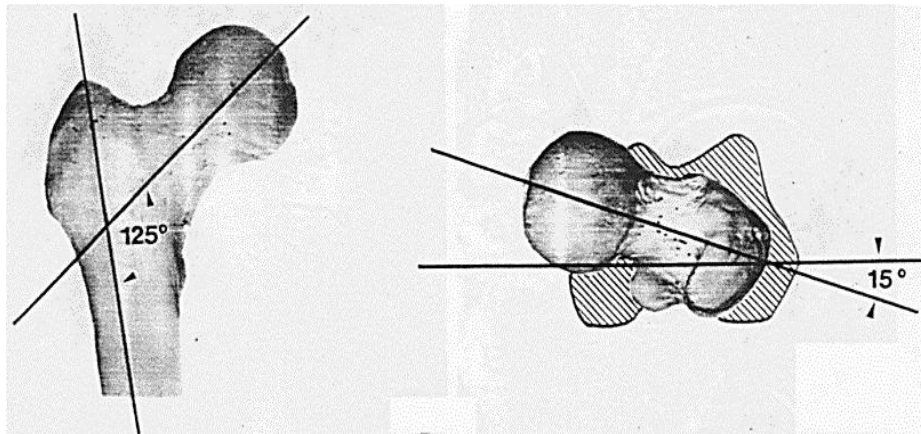
**Hình 1.2. Đầu trên xương đùi người**

### **Cổ xương đùi**

Cổ xương đùi là phần tiếp nối giữa chỏm xương đùi và khối máu chuyển có hình ống dẹt trước sau hướng lên trên, vào trong, dài khoảng 30 -40 mm.

+ Góc nghiêng là góc hợp bởi trục của cổ xương đùi và trục của thân xương đùi (góc cổ thân), bình thường bằng 125-130°.

+ Góc ngả trước: là góc hợp bởi trục cổ xương đùi và mặt phẳng qua hai lồi cầu đùi, bình thường khoảng 10-15° có khi tới 30°. Hiểu rõ về góc nghiêng, góc ngả trước sẽ giúp cho việc thực hiện kỹ thuật thay khớp háng một cách chính xác [6].



**Hình 1.3. Góc cổ thân và góc ngả trước của xương đùi**

### ***Khối máu chuyển***

Khối máu chuyển có các đặc điểm cấu tạo quan trọng: Phía trên gắn liền với cổ, giới hạn bởi đường viền bao khớp. Phía dưới tiếp với thân xương đùi, giới hạn bởi bờ dưới máu chuyển bé.

Máu chuyển lớn có hai mặt và bốn bờ: Mặt trong dính vào cổ, ở phía sau là hố ngón tay, là nơi bám của khối cơ chậu hông máu chuyển. Mặt ngoài thì lồi có bốn bờ là điểm bám của khối cơ xoay đùi (cơ mông nhỏ). Bờ trên có một diện để cơ tháp bám, bờ dưới có cơ rộng ngoài bám, bờ trước có gờ để cơ mông nhỏ bám, bờ sau liên tiếp với mào liên máu có cơ vuông đùi bám.

Máu chuyển bé lồi ở phía sau trong, là nơi bám tận của cơ thắt lưng chậu.

Đường liên máu: Là gờ gồ ghề nối giữa máu chuyển lớn và máu chuyển nhỏ ở phía trước là chỗ bám của dây chằng chậu đùi. Nơi cao nhất ở đường liên máu là mặt trước của máu chuyển lớn, mặt trước phần dưới của đường liên máu là chỗ bám của phần trước bao khớp hông.

Mào gian máu: Chạy quanh ở mặt sau của xương, liên tục với máu chuyển nhỏ ở dưới có củ tròn nhỏ ở giữa là nơi bám của cơ vuông đùi.

Lồi củ của cơ vuông đùi: Là nướm gồ nhỏ ở trung tâm của mào gian máu, ngang với máu chuyển nhỏ.

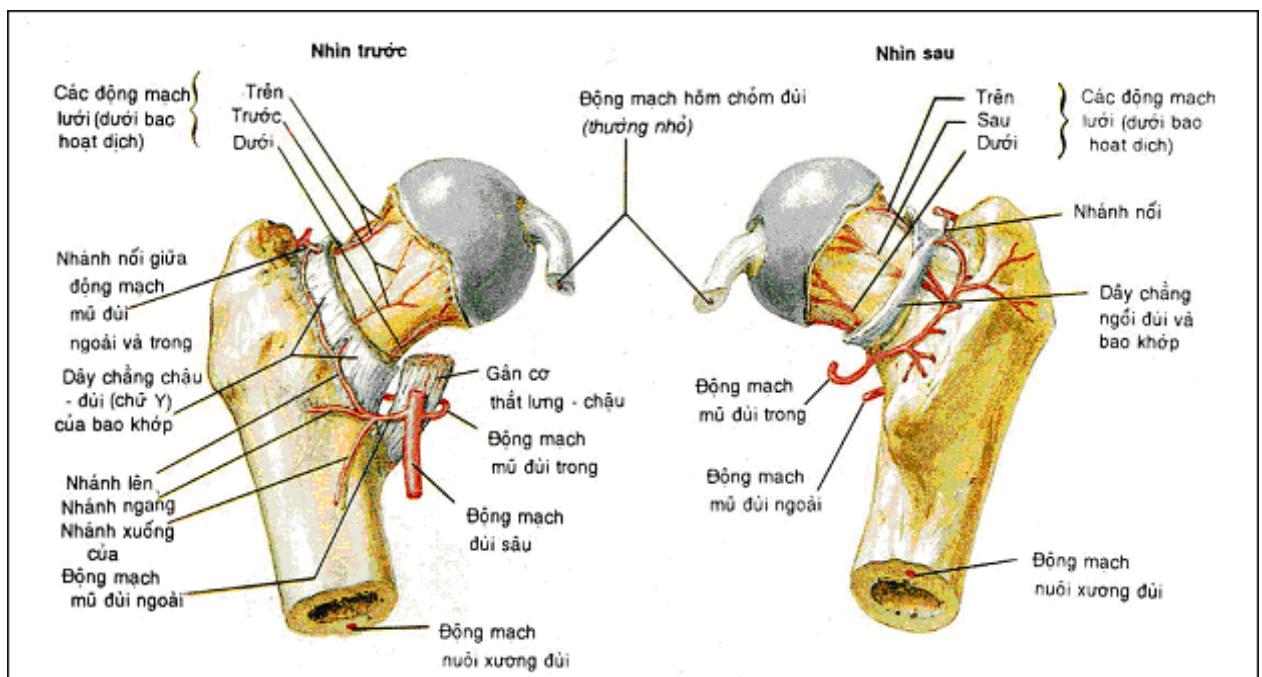
Hố ngón tay: Là phần lõm nhỏ và nằm sát ngay chỗ nối của phần sau cổ xương đùi với diện giữa của máu chuyển lớn, có cơ bịt ngoài bám vào. Hố ngón tay nằm lệch ra phía sau cổ áp dụng để đóng đinh.

## Mạch máu nuôi vùng cổ chỏm xương đùi

Vùng cổ chỏm xương đùi có 3 nguồn mạch nuôi [32]. Nằm phía ngoài cùng là động mạch mũ đùi ngoài: Xuất phát từ động mạch đùi sâu chạy vòng ra trước và ra ngoài cho các nhánh xuống, nhánh ngang và nhánh lên để nối với động mạch mũ đùi trong.

Phía trong là động mạch mũ đùi trong: Cũng xuất phát từ động mạch đùi sâu chạy vòng ra sau, cũng cho các nhánh trên, trước dưới để nối với động mạch mũ đùi ngoài và đi vào cổ chỏm xương đùi. Tất cả các nhánh nhỏ này đều nằm dưới bao hoạt dịch.[34]

Nằm ở trung tâm là động mạch dây chằng tròn: Xuất phát từ động mạch bịt, động mạch này nhỏ chỉ cung cấp cho một phần chỏm xương đùi xung quanh hố dây chằng tròn và lại không hằng định.



**Hình 1.4. Hệ thống mạch máu cổ chỏm xương đùi người**

### 1.1.2. Chức năng của khớp háng

Khớp háng là một trong những khớp quan trọng nhất của cơ thể, có vai trò chính trong việc chịu lực và tạo sự vận động linh hoạt cho cơ thể.

- Chức năng chịu lực của khớp háng rất quan trọng, giúp nâng đỡ toàn bộ trọng lượng phần trên của cơ thể. Góc tối đa giữa sức chịu lực của khớp háng và trục dọc của xương vào khoảng  $10^\circ$ . Tuy nhiên, lực này không phân bố đồng đều mà có sự phân chia mức độ chịu lực giữa xương chậu và xương đùi, dựa vào cấu tạo hình cung cổ bịt. Khi thực hiện các hoạt động như đi, đứng, ngồi, khớp háng phải chịu lực nén khác nhau,

điều này đòi hỏi sự linh hoạt và ổn định cao của khớp để đảm bảo vận động hiệu quả và tránh chấn thương

- Chức năng vận động của khớp háng được xác định dựa trên biên độ cử động theo nhiều hướng khác nhau, bao gồm gập - duỗi, dạng - khép, xoay trong - xoay ngoài. Theo nghiên cứu của Robert Judet, biên độ vận động bình thường của khớp háng ở người lớn như sau: gập  $130^\circ$ , duỗi  $10^\circ$ , dạng  $50^\circ$ , khép  $30^\circ$ , xoay trong  $50^\circ$  và xoay ngoài  $45^\circ$ . Những thông số này phản ánh khả năng vận động linh hoạt của khớp háng, giúp cơ thể thực hiện nhiều tư thế và chuyển động khác nhau một cách trơn tru.

### **1.1.3. Chỉ định phẫu thuật thay khớp háng**

Phẫu thuật thay khớp háng thường được chỉ định cho những bệnh nhân mắc các bệnh lý nghiêm trọng ảnh hưởng đến chức năng khớp háng[28, 31]. Một trong những nguyên nhân phổ biến nhất là thoái hóa khớp háng, hay còn gọi là viêm khớp mạn tính.

Các trường hợp chấn thương khớp háng như gãy cổ xương đùi trên 60 tuổi hoặc gãy các xương liên quan đến khớp háng không thể phục hồi bằng phương pháp bảo tồn cũng cần phải phẫu thuật thay khớp để khôi phục chức năng vận động.

Bên cạnh đó, những bệnh nhân bị khớp giả cổ xương đùi với tình trạng gãy cổ xương đùi không lành sau một thời gian dài, dẫn đến hình thành mô xơ giữa hai đầu gãy, gây mất chức năng nâng đỡ của xương.

Ngoài ra những bệnh nhân điều trị bảo trợ thất bại cũng có chỉ định thay khớp háng.

### **1.1.4. Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật**

Trước khi phẫu thuật thay khớp háng, bệnh nhân thường xuất hiện một số triệu chứng và dấu hiệu điển hình ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Đau khớp háng là triệu chứng chính, trong đó cơn đau có xu hướng tăng lên khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi. Đặc biệt, bệnh nhân có thể bị đau dữ dội khi đi lại, leo cầu thang hoặc thay đổi tư thế từ ngồi sang đứng, gây ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt hàng ngày.

Bên cạnh đó, hạn chế vận động là một biểu hiện thường gặp, khiến bệnh nhân cảm thấy khó khăn khi di chuyển. Trong nhiều trường hợp, họ có thể mất khả năng đi bộ mà không có sự hỗ trợ từ nạng hoặc xe lăn. Cứng khớp háng cũng là một vấn đề phổ biến, khiến bệnh nhân khó xoay hoặc duỗi chân, làm giảm đáng kể sự linh hoạt trong vận động.

Đối với những trường hợp thoái hóa nặng, khớp háng có thể bị lệch khỏi vị trí bình thường hoặc biến dạng [16], làm thay đổi cấu trúc khớp và gây mất cân bằng khi di chuyển. Tình trạng này khiến bệnh nhân hạn chế chức năng vận động, không thể thực hiện các hoạt động sinh hoạt bình thường như đi lại, đứng lâu hoặc thực hiện các công việc nhẹ nhàng. Những triệu chứng trên không chỉ gây đau đớn mà còn làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, khiến phẫu thuật thay khớp háng trở thành giải pháp cần thiết để phục hồi chức năng vận động.

### 1.1.5. Phân loại độ thoái hoá khớp háng

Thoái hóa khớp háng [6] là một trong những bệnh lý cơ xương khớp phổ biến, đặc biệt ở người cao tuổi. Hiện nay, có nhiều cách phân loại mức độ thoái hóa khớp háng dựa trên lâm sàng và hình ảnh X-quang. Trong đó, phân loại theo Kellgren và Lawrence (1957) là phương pháp được sử dụng rộng rãi nhất[20].

#### Phân loại theo Kellgren & Lawrence (K&L)

Bảng 1.1 Phân loại theo Kellgren & Lawrence (K&L)

Cấp độ	Đặc điểm trên X quang
<b>Độ 0</b>	Không có dấu hiệu thoái hóa khớp
<b>Độ 1</b>	Có thể thấy gai xương nhỏ, khe khớp còn bình thường
<b>Độ 2</b>	Gai xương rõ hơn, khe khớp bắt đầu hẹp nhẹ
<b>Độ 3</b>	Hẹp khe khớp vừa, gai xương phát triển nhiều, có thể có xơ hóa dưới sụn
<b>Độ 4</b>	Hẹp khe khớp nặng, gần như mất khe khớp, xơ hóa xương dưới sụn, có thể có biến dạng khớp

- Độ 1-2: Điều trị nội khoa (giảm đau, vật lý trị liệu, thay đổi lối sống).
- Độ 3-4: Xem xét phẫu thuật thay khớp háng tùy vào mức độ ảnh hưởng đến chất lượng sống.

### 1.1.6. Quá trình phẫu thuật thay khớp háng

Phẫu thuật thay khớp háng có thể được thực hiện bằng nhiều phương pháp khác nhau, tuy nhiên, mục tiêu chung vẫn là thay thế khớp háng bị hư hỏng bằng một khớp nhân tạo nhằm khôi phục chức năng vận động và giảm đau cho bệnh nhân.[11],[12]

Hiện nay, có hai phương pháp thay khớp chính [26],[27]. Thay khớp háng toàn phần (Total Hip Replacement - THR) là kỹ thuật thay thế cả đầu xương đùi và ổ cối của khớp háng, giúp phục hồi hoàn toàn chức năng khớp. Trong khi đó, thay khớp háng bán

phần (Hemiarthroplasty) chỉ thay thế đầu xương đùi nhưng vẫn giữ lại ổ cối, thường được chỉ định cho những bệnh nhân cao tuổi hoặc những trường hợp tổn thương chưa ảnh hưởng nghiêm trọng đến toàn bộ khớp.

## **1.2. Hoạt động chăm sóc điều dưỡng**

### **1.2.1. Học thuyết điều dưỡng và áp dụng trong chăm sóc bệnh nhân [8]**

#### **Học thuyết Maslow**

Học thuyết Maslow do Abraham Maslow đề xuất vào năm 1943, mô tả hệ thống phân cấp nhu cầu của con người theo 5 cấp độ, từ cơ bản đến cao cấp:

- Mức độ 1 thể hiện nhu cầu sinh lý: Đây là cấp độ cơ bản nhất, bao gồm các nhu cầu thiết yếu như không khí, nước, thức ăn. Những nhu cầu này liên quan trực tiếp đến sự sống còn của con người, nếu không được đáp ứng thì các nhu cầu cao hơn sẽ không có ý nghĩa.

- Mức độ 2 thể hiện nhu cầu an toàn: Sau khi đáp ứng nhu cầu sinh lý, con người hướng đến sự an toàn về thể chất và tinh thần. Điều này bao gồm bảo vệ bản thân khỏi nguy hiểm, duy trì sức khỏe, tài chính ổn định và có môi trường sống an toàn..

- Mức độ 3 thể hiện nhu cầu xã hội: Khi các nhu cầu cơ bản được đảm bảo, con người mong muốn có sự kết nối với cộng đồng thông qua tình bạn, tình yêu và các mối quan hệ gia đình. Sự gắn kết này giúp cá nhân cảm thấy được quan tâm, yêu thương và giảm bớt cảm giác cô đơn

- Mức độ 4 thể hiện nhu cầu được tôn trọng: Ở mức độ này, con người mong muốn được xã hội công nhận, tôn trọng và đánh giá cao. Điều này thể hiện qua sự tự tin, danh tiếng, thành tích cá nhân và vị trí trong xã hội.

- Mức độ 5 thể hiện nhu cầu thể hiện bản thân: Đây là cấp độ cao nhất, phản ánh khát vọng hoàn thiện bản thân, đạt được sự độc lập và khả năng tự giải quyết mọi vấn đề. Người đạt đến mức này thường có xu hướng sáng tạo, học hỏi không ngừng và đóng góp cho cộng đồng.

#### **Học thuyết Henderson**

Theo học thuyết Henderson đưa ra mục tiêu của điều dưỡng gồm 14 nhu cầu cơ bản của con người giúp bệnh nhân có thể phát triển tính độc lập càng sớm càng tốt, giúp người bệnh hồi phục sức khỏe [7].

• **Đáp ứng nhu cầu về hô hấp:** Đây là nhu cầu cơ bản của con người. Hô hấp chính là dấu hiệu của sự sống. Với một điều dưỡng viên, họ có nhiệm vụ phải xác định sự thở của bệnh nhân có bất thường hay không. Nếu thở bình thường tần số sẽ là 16-20 lần/phút, nhịp thở đều đặn qua mũi, thở êm. Với trường hợp thở gấp hoặc thở chậm là biểu hiện của khó thở. Điều này đến từ nhiều nguyên nhân khác nhau như tắc nghẽn đường hô hấp do vật lạ, dịch tiết hoặc phù nề, giảm nồng độ oxy máu. Căn cứ vào từng trường hợp mà điều dưỡng viên có thể xử trí tương ứng như cung cấp oxy, khai thông đường thở, thay đổi tư thế bệnh nhân... Tóm lại hô hấp là nhu cầu cơ bản nhất có vai trò quan trọng hàng đầu nên điều dưỡng phải tuyệt đối chú ý đến tình trạng hô hấp của người bệnh, tuyệt đối không được chủ quan dẫn đến tình trạng xấu cho bệnh nhân.

• **Đáp ứng nhu cầu điều hoà thân nhiệt:** Với người bình thường thân nhiệt ở mức 36- 37 độ C, sốt nhẹ 37,5- 38 độ C, từ 39- 40 độ là sốt cao, dưới 36 độ C là hạ thân nhiệt. Điều dưỡng viên khi phát hiện bệnh nhân có dấu hiệu thân nhiệt không bình thường cần phải áp dụng các biện pháp xử lý phù hợp. Cụ thể như thân nhiệt cao cần theo dõi nhiệt độ và mạch, cởi bớt quần áo, chườm ấm, dùng thuốc hạ sốt... Bệnh nhân hạ thân nhiệt thì cần tìm ra nguyên nhân cụ thể để nâng thân nhiệt cho bệnh nhân.

• **Đáp ứng nhu cầu về ăn uống:** Bệnh nhân không chỉ ăn ngon miệng mà thức ăn phải an toàn và phù hợp với tình trạng bệnh. Với bệnh nhân không thể ăn qua miệng, điều dưỡng cần giữ an toàn cho bệnh nhân ăn qua sonde hoặc đường truyền.

• **Đáp ứng nhu cầu mặc:** Trang phục cho bệnh nhân mặc cần phù hợp với thời tiết, rộng rãi thoáng mát khi mùa hè, ấm áp khi mùa đông. Đặc biệt điều dưỡng nên chú ý chọn quần áo không cản trở hô hấp, tuần hoàn, vệ sinh và vận động đi lại.

• **Nhu cầu bài tiết ( bao gồm dịch bài tiết từ cơ thể):** Quá trình chăm sóc bệnh nhân đặc biệt là bệnh nhân nặng cần được tiến hành sạch sẽ, an toàn, không gây ảnh hưởng đến môi trường, bản thân. Điều dưỡng phải biết quản lý dịch tiết, xử lý chất thải đúng nơi quy định không làm lây nhiễm cho người khác và môi trường xung quanh.

• **Đáp ứng nhu cầu ngủ, nghỉ:** Bên cạnh việc điều trị bằng thuốc, chế độ vận động, nghỉ ngơi hợp lý cũng giúp ích rất nhiều cho quá trình lành bệnh. Điều dưỡng phải chú ý đến giờ thăm nuôi, sinh hoạt của bệnh nhân để nhắc nhở người nhà tuân thủ. Ngoài ra, môi trường ngủ nghỉ của bệnh nhân luôn sạch sẽ, yên tĩnh, thoáng mát.

• **Đáp ứng nhu cầu vệ sinh cá nhân:** Vệ sinh cá nhân là một trong những nhu cầu

cơ bản nhất của con người. Tuy nhiên với những bệnh nhân nặng không thể tự thực hiện được, điều dưỡng viên sẽ là người đáp ứng nhu cầu này cho họ.

- Đáp ứng nhu cầu về sự an toàn: Để giữ an toàn cho bệnh nhân, phòng ở và nhà vệ sinh cần được giữ sạch sẽ, không trơn trượt, dễ ngã. Ngoài ra, cần cách ly các người bệnh mắc bệnh truyền nhiễm, tránh hiện tượng lây nhiễm chéo trong bệnh viện.

- Nhu cầu về đúng tư thế: Vì tình trạng bệnh lý mà có nhiều bệnh nhân không thể tự mình đi lại, ngồi đứng hay vận động cơ thể. Trường hợp này điều dưỡng cần phải cẩn thận chêm lót đệm để vết thương tránh bị tỳ đè. Ngoài ra, luôn giữ cho bệnh nhân ngồi thẳng lưng, nếu có nhu cầu đi lại thì trợ giúp bằng nạng hoặc xe đẩy.

- Đáp ứng kiến thức sức khoẻ y tế: Việc thông tin, giải thích về tình hình sức khoẻ bệnh tật có thể trực tiếp với người bệnh về cách chữa trị, khả năng phục hồi, chế độ ăn uống phù hợp... để tự phối hợp trong quá trình điều trị.

- Đáp ứng nhu cầu giao tiếp: Điều dưỡng cần tạo điều kiện cho bệnh nhân được trao đổi, trò chuyện với các bệnh nhân xung quang giúp giải toả tinh thần, góp phần mang lại hiệu quả điều trị bệnh. Với người bệnh, giao tiếp thân thiện của điều dưỡng giúp bệnh nhân hợp tác hơn trong quá trình chăm sóc.

- Nhu cầu vui chơi giải trí: Với bệnh nhân điều trị nội trú tinh thần thoải mái luôn là liều thuốc bổ quý giá và mạnh mẽ nhất trong mọi hoàn cảnh. Điều dưỡng viên có thể cung cấp sách, báo, radio hoặc các phương tiện giải trí để bệnh nhân thoải mái tinh thần khi ở viện.

### **1.2.2. Vai trò của điều dưỡng**

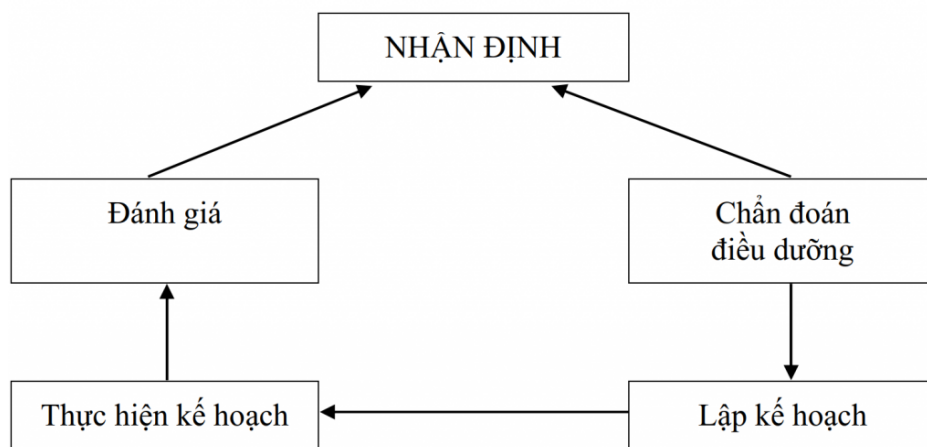
Trình độ và sự phát triển của ngành điều dưỡng ở các nước rất khác nhau, vì vậy cho đến nay chưa có sự thống nhất cho một định nghĩa chung cho ngành điều dưỡng[3]. Dưới đây là định nghĩa chung cho ngành điều dưỡng được đa số các nước công nhận.

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO): Điều dưỡng là bộ phận quan trọng trong chăm sóc y tế, là trụ cột của hệ thống y tế. Ở mỗi nước muốn nâng cao chất lượng y tế phải chú trọng đến nâng cao chất lượng đội ngũ điều dưỡng. WHO khuyến cáo nên xây dựng và phát triển điều dưỡng theo các định hướng: Điều dưỡng là khoa học về chăm sóc bệnh nhân, điều dưỡng là một ngành học, điều dưỡng là một nghề chuyên nghiệp, điều dưỡng là một ngành mang tính khoa học và nghệ thuật.

Theo hội đồng điều dưỡng quốc tế (International Council of Nurses): Điều dưỡng là một phần không thể tách rời của hệ thống chăm sóc sức khỏe, bao gồm việc thúc đẩy sức khỏe bao gồm cả phòng ngừa bệnh tật, chăm sóc người bệnh, người tàn tật ở mọi lứa tuổi ở các cơ sở y tế và cộng đồng.

### 1.2.3. Quy trình chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng

Theo tiêu chuẩn thực hành điều dưỡng lâm sàng của hội điều dưỡng Hoa Kỳ (Nursing: Scope and Standards of Practice) quy trình chăm sóc điều dưỡng [21, 22] gồm các bước sau:



**Hình 1.5. Quy trình chăm sóc điều dưỡng gồm**

**Nhận định điều dưỡng:** Người điều dưỡng thu thập các dữ kiện về sức khỏe của người bệnh

**Chẩn đoán điều dưỡng:** Người điều dưỡng phân tích các dữ kiện thu thập được rồi đưa ra quyết định chuẩn đoán.

**Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc:** Người điều dưỡng thiết lập kế hoạch chăm sóc và đưa ra các can thiệp hướng tới những chẩn đoán đó và thực hiện chăm sóc theo kế hoạch đã lập sẵn.

**Lượng giá:** Người điều dưỡng lượng giá những tiến triển của người bệnh qua việc thu nhận kết quả đã đạt được.

## 1.3. Các phương pháp phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng

### 1.3.1. Tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngày thứ 1 và 2 sau phẫu thuật

Trong hai ngày đầu sau phẫu thuật, bệnh nhân cần thực hiện các bài tập vận động trên giường để duy trì sự linh hoạt của khớp, ngăn ngừa biến chứng và phục hồi chức năng. Các bài tập bao gồm [4]:

- Khớp cổ chân: tập gấp duỗi và xoay khớp cổ chân, tập vài lần trong ngày, mỗi lần 5-10 phút. Bài tập được tiến hành bắt đầu sau khi phẫu thuật cho đến khi khỏi bệnh.

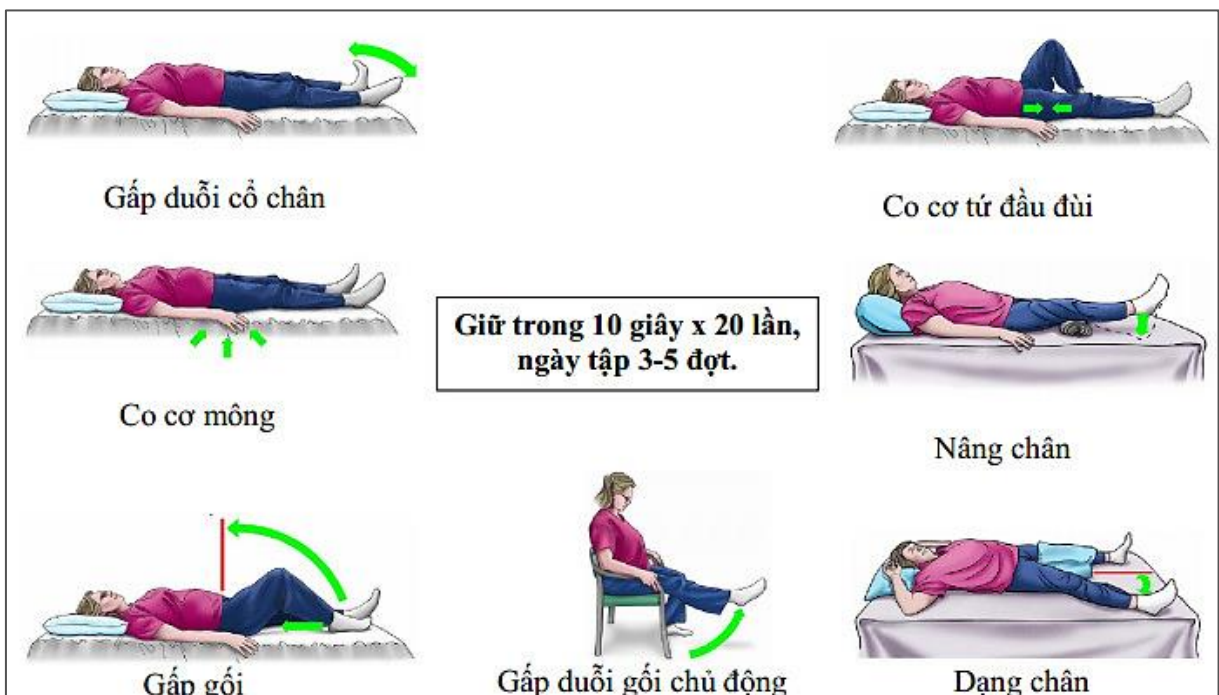
- Khớp gối: Bệnh nhân nằm ở tư thế 2 chân duỗi thẳng, mũi chân thẳng lên trần nhà, tập gấp duỗi gối bằng cách nâng khớp gối lên thụ động hoặc chủ động 20 động tác mỗi lần. Ngày khoảng 2 lần, chú ý không xoay khớp gối.

- Co cơ mông: Bệnh nhân nằm ngửa, co cơ mông trong 5 giây sau đó nghỉ 5 giây, tập mỗi lần 10 động tác và ngày tập 5 lần.

- Tập khớp háng: Tập khép và dạng khớp háng. Bệnh nhân nằm ngửa 2 chân duỗi thẳng, dạng khớp háng cả 2 chân (cả khép). Chú ý không xoay khớp háng vào trong và luôn để ở tư thế hơi xoay ngoài.

- Tập co cơ tĩnh: Bệnh nhân nằm với gối thẳng, co cơ tĩnh cả 2 chân, mỗi lần co 5 giây rồi nghỉ 5 giây nâng, tập 10 động tác trong 1 lần và 10 lần/ngày. Nằm nâng chân lên khỏi mặt giường giữ trong 5-10 giây.

- Tập mạnh sức cơ tứ đầu đùi: Bệnh nhân nằm thẳng đặt 1 gối dưới khoeo chân, giữ cho khớp gối gấp khoảng 30°-40°. Giữ chặt đùi và đưa cẳng chân lên trên giữ trong khoảng 5 giây rồi từ từ đưa về vị trí cũ. Mỗi lần làm 10 động tác và 3-4 lần /ngày [4, 8].



### Hình 1.6 Bài tập thay khớp háng

(Nguồn Bệnh viện Trung ương quân đội 108)

#### 1.3.2. Tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân từ ngày thứ 3 đến thứ 5 sau phẫu thuật

- Bệnh nhân ngồi dậy ở trên giường, tiếp tục tập các bài tập vận động ở trên giường: khớp gối, khớp háng.

- Bệnh nhân đưa 2 chân ra khỏi thành giường, tập đứng đưa 2 chân và tập tăng sức mạnh của cơ đùi. Bệnh nhân có thể tự di chuyển nhẹ nhàng ở trên giường.

#### 1.3.3. Tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân từ ngày 5 đến 4 tuần sau phẫu thuật

- Bệnh nhân tiếp tục các bài tập vận động khớp và tăng sức mạnh của cơ.

- Giai đoạn này có thể tập đứng và đi với nạng hoặc khung.

- Những lần đầu bệnh nhân có thể có người giữ sau đó tự đứng.

- Bệnh nhân đứng chịu trọng lực trên chân lành, 2 tay bám vào thành ghế. Nâng gối của chân kia lên giữ trong 2-3 giây sau đó đặt chân xuống. Động tác nữa là đứng chịu trọng lực trên chân lành giữ gối và háng bệnh trên 1 mặt phẳng rồi tập khép và dạng khớp háng bằng cách đưa chân vào trong và ra ngoài.

- Động tác tập gấp và duỗi khớp háng: Đưa chân phẫu thuật ra trước và ra sau. Chú ý là không được gấp khớp háng trên  $90^\circ$

- Tập đi bộ, tập lên xuống cầu thang

- Tập mạnh sức cơ tư thế đứng bằng cách kéo chân bằng dây chun.



Hình 1.7. Các động tác đi lại sau phẫu thuật thay khớp háng

(Nguồn Bệnh viện trung ương quân đội 108)

#### 1.4. Biến chứng sau phẫu thuật thay khớp háng

Phẫu thuật thay khớp háng là một can thiệp phẫu thuật phổ biến để điều trị các vấn đề về khớp háng, như thoái hóa khớp hay gãy cổ xương đùi. Tuy nhiên, giống như bất kỳ phẫu thuật nào, phẫu thuật thay khớp háng cũng có thể gặp một số biến chứng. Dưới đây là các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật thay khớp háng:

- Nhiễm trùng: Xảy ra tại vết mổ hoặc khớp thay thế, gây sốt và sưng tấy, điều trị bằng kháng sinh hoặc phẫu thuật làm sạch.
- Tụ máu (Hematoma): Máu tích tụ dưới da gây sưng và đau, cần dẫn lưu máu nếu cần.
- Vỡ hoặc sai lệch khớp thay thế: Khớp có thể bị vỡ hoặc lỏng lẻo, cần phẫu thuật điều chỉnh lại.
- Huyết khối tĩnh mạch sâu (DVT) và thuyên tắc phổi (PE): Cục máu đông hình thành trong tĩnh mạch sâu hoặc di chuyển đến phổi, gây nguy hiểm đến tính mạng, điều trị bằng thuốc chống đông máu.
- Lỏng khớp giả: Khớp thay thế dần lỏng lẻo, cần phẫu thuật thay lại khớp hoặc điều chỉnh.
- Gãy xương quanh khớp thay thế: Gãy xương ở khu vực quanh khớp thay thế, cần phẫu thuật sửa chữa.
- Cứng khớp (Joint Stiffness): Khớp bị cứng và hạn chế vận động, điều trị bằng vật lý trị liệu.
- Đau mãn tính: Đau kéo dài sau phẫu thuật do viêm hoặc tổn thương mô mềm, cần quản lý đau qua thuốc và vật lý trị liệu.
- Hạn chế trong chức năng vận động: Khó khăn trong vận động dù không có vấn đề về khớp thay thế, cần thực hiện bài tập phục hồi chức năng.
- Tổn thương thần kinh: Thần kinh có thể bị tổn thương trong phẫu thuật, gây tê bì hoặc yếu chân, thường cải thiện theo thời gian.

## **1.5. Tình hình chăm sóc bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng trên thế giới và tại Việt Nam**

### **1.5.1. Tình hình chăm sóc bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng trên thế giới**

Phẫu thuật thay khớp háng là một trong những phẫu thuật chỉnh hình phổ biến nhất ở người cao tuổi, thường áp dụng trong các trường hợp gãy cổ xương đùi do loãng xương hoặc thoái hóa khớp nặng.

Dân số già hóa nhanh tại các quốc gia phát triển như Nhật Bản, Mỹ, Canada, các nước châu Âu làm gia tăng số lượng ca phẫu thuật thay khớp háng ở người già [33].

Chính vì vậy chăm sóc sau mổ đóng vai trò rất quan trọng trong việc phẫu thuật thay khớp háng.

Xu hướng hiện nay là cho bệnh nhân vận động nhẹ nhàng trong vòng 24-48 giờ sau mổ, nhằm giảm nguy cơ biến chứng như huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm phổi, loét tì đè.

Chăm sóc đa ngành gồm bác sĩ phẫu thuật, điều dưỡng, chuyên gia phục hồi chức năng, dinh dưỡng, và đôi khi là bác sĩ tâm lý.

Cá thể hóa kế hoạch điều trị tùy thuộc vào tình trạng thể chất, tinh thần, và mức độ hỗ trợ xã hội của từng bệnh nhân.

Cùng với đó là công nghệ hỗ trợ Sử dụng cảm biến, robot phục hồi chức năng, các thiết bị hỗ trợ vận động thông minh để nâng cao hiệu quả điều trị.

### **1.5.2. Tình hình chăm sóc bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật thay khớp háng tại Việt Nam**

Dân số Việt Nam [35] đang già hóa nhanh (từ năm 2017 Việt Nam đã bước vào giai đoạn già hóa dân số).

Tỷ lệ loãng xương và tai nạn té ngã cao ở người cao tuổi dẫn đến nhiều ca gãy cổ xương đùi, đây là nguyên nhân phổ biến dẫn đến thay khớp háng.

Phẫu thuật thay khớp háng đang ngày càng phổ biến, tuy nhiên còn hạn chế về mặt trang thiết bị hiện đại và nhân lực chuyên môn tại nhiều bệnh viện tuyến dưới.

Các bệnh viện lớn như Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP.HCM, Bệnh viện Việt Đức, Bạch Mai... đã có quy trình chăm sóc chuẩn và đội ngũ phục hồi chức năng chuyên biệt.

Tuy nhiên, tại các tuyến tỉnh và tuyến huyện, việc chăm sóc sau mổ còn thiếu hệ thống phục hồi chức năng chuyên sâu, dẫn đến khả năng hồi phục hạn chế.

Gia đình đóng vai trò lớn trong việc chăm sóc tại nhà sau khi xuất viện, nhưng đôi khi lại thiếu hiểu biết kiến thức y tế cần thiết.

Một số dự án và chương trình đào tạo đã được triển khai nhằm nâng cao năng lực chăm sóc cho điều dưỡng và người nhà, điều này cần được nhân rộng.

## CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được được phẫu thuật thay khớp háng tại bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An Trong thời gian từ 10/2024 đến 06/2025.

✓ *Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân*

- Bệnh nhân gãy cổ xương đùi > 60 tuổi

- Thoái hoá khớp háng độ 3-4 theo Kellgren & Lawrence do nguyên nhân chấn thương gây nên hoặc điều trị bảo tồn, kết hợp xương thất bại

- Gãy cổ xương đùi do bệnh lý như u xương, lao xương

- Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ

✓ *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Bệnh nhân có ổ nhiễm khuẩn cấp tính trong cơ thể, da vùng phẫu thuật bị viêm loét

- Bệnh nhân có các bệnh mãn tính như suy tim, suy gan, suy thận...chưa điều trị ổn định, không đủ điều kiện phẫu thuật

- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chấn thương- Chỉnh hình bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2024 đến tháng 6/2025.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.3.1 Thiết kế nghiên cứu

Đề tài sử dụng phương pháp tiến cứu, hồi cứu trên bệnh án, sổ hẹn tái khám.

#### 2.3.2. Phương pháp chọn mẫu và tính cỡ mẫu:

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Công thức tính cỡ mẫu

$$N \geq \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * p(1-p)^2}{d^2}$$

**Trong đó:**

N: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

$\alpha$ : Xác suất sai lầm loại 1

Z: Hằng số.  $Z= 1,96$  với  $\alpha = 0,05$

P: Tỷ lệ thành công mong muốn theo y văn ( Hari,2004)  $p=65\%$

d: Sai số cho phép, chọn  $d= 0,04$

Áp dụng công thức ta tính được  $N= 125$

### 2.3.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

#### 2.3.3.1. Các chỉ tiêu nghiên cứu cho mục tiêu 1

##### • Đặc điểm chung

- Đặc điểm tuổi: Chia ra các nhóm tuổi 60- 70 tuổi, 71- 80 tuổi, 81- 90 tuổi, > 90 tuổi.
- Đặc điểm giới tính: Nam, nữ.
- Đặc điểm nghề nghiệp: Công nhân, nông dân, hưu trí, tự do.
- Tiền sử bệnh: Đái tháo đường, tim mạch, hô hấp, các bệnh lý khác...

##### • Đặc điểm lâm sàng

- Nguyên nhân tai nạn: Tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông, tai nạn thể thao.

- Thời gian nằm viện: 7- 10 ngày, 10- 15 ngày, > 15 ngày.
- Thời gian phẫu thuật: < 30 phút, 30- 45 phút, > 45 phút
- Cơ chế chấn thương: Trực tiếp, gián tiếp
- Triệu chứng lâm sàng

+ Triệu chứng cơ năng: Sung nề vùng háng, đau vùng háng, mất vận động vùng háng

+ Triệu chứng thực thể : Ấn có điểm đau chói, bàn chân đỏ ngoài, ngón chi.

Chi bên tổn thương: Bên phải, bên trái.

##### • Đặc điểm cận lâm sàng

- Xét nghiệm trước mổ, sau mổ: Hông cầu, Hemoglobin, bạch cầu, tiểu cầu...
- X quang: Phân loại độ thoái hoá khớp háng theo Kellgren & Lawrence (K&L)
- Điện tim thường.

#### 2.3.3.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu cho mục tiêu 2

##### • Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (visual analog scales)

Thang điểm VAS (Visual Analog Scale) là một phương pháp phổ biến để đánh giá mức độ đau của bệnh nhân theo cảm nhận chủ quan[13, 29]. Đây là một công cụ đơn giản, dễ sử dụng và có độ tin cậy cao trong lâm sàng, giúp các bác sĩ và điều dưỡng đánh giá cường độ đau để đưa ra hướng điều trị phù hợp.

- \* Mức điểm từ 1-3: Đau nhẹ
- \* Mức điểm từ 4-6: Đau vừa
- \* Mức điểm từ 7-10: Đau không chịu đựng được.

**Bảng 1.2 Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS**

Mức độ	Mức đau
Mức 0	Không đau
Mức 1	Đau rất nhẹ, hầu như không cảm nhận và nghĩ đến nó, thỉnh thoảng thấy đau nhẹ.
Mức 2	Đau nhẹ, thỉnh thoảng đau nhói mạnh.
Mức 3	Đau làm người bệnh chú ý, mất tập trung trong công việc, có thể thích ứng với nó.
Mức 4	Đau vừa phải, bệnh nhân có thể quên đi cơn đau nếu đang làm việc.
Mức 5	Đau nhiều hơn, bệnh nhân không thể quên cơn đau sau nhiều phút, bệnh nhân vẫn có thể làm việc.
Mức 6	Đau vừa phải nhiều hơn, ảnh hưởng đến các sinh hoạt hằng ngày, khó tập trung.
Mức 7	Đau nặng, ảnh hưởng đến các giác quan và hạn chế nhiều đến các sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân, ảnh hưởng đến giấc ngủ
Mức 8	Đau dữ dội, hạn chế nhiều hoạt động, cần phải nỗ lực rất nhiều
Mức 9	Đau kinh khủng, kêu khóc, rên rỉ, không kiểm soát được
Mức 10	Đau không thể nói chuyện được, nằm liệt giường

#### • Đánh giá vết thương theo Southampton

Thang điểm Southampton là một phương pháp đánh giá tình trạng lành vết thương sau phẫu thuật, giúp xác định mức độ nhiễm trùng và các biến chứng liên quan. Hệ thống

này chia vết thương thành 5 cấp độ chính (từ 0 đến IV), dựa trên các dấu hiệu lâm sàng của quá trình lành thương.

**Bảng 1.3. Đánh giá vết thương theo Southampton**

<b>Cấp độ</b>	<b>Mô tả</b>
Độ 0	Vết thương lành bình thường, không có dấu hiệu bất thường
Độ I	Vết thương lành tốt nhưng có biểu hiện viêm nhẹ, bao gồm: - <b>IA:</b> Chỉ hơi đỏ. - <b>IB:</b> Hơi đỏ kèm theo sưng.
Độ II	Viêm lan rộng quanh vết thương nhưng chưa có dấu hiệu nhiễm trùng, gồm: - <b>IIA:</b> Viêm tại một điểm. - <b>IIB:</b> Viêm lan tỏa quanh vết mổ.
Độ III	Tiết dịch không có mũ, có thể trong hoặc có máu, gồm: - <b>IIIA:</b> Tiết dịch tại một điểm nhỏ hơn 2 cm. - <b>IIIB:</b> Tiết dịch dọc theo vết thương, lớn hơn 2 cm.
Độ IV	Xuất hiện mũ tại vết thương, dấu hiệu nhiễm trùng rõ rệt, gồm: - <b>IVA:</b> Mũ khu trú tại một điểm (< 2 cm). - <b>IVB:</b> Mũ dọc theo toàn bộ vết thương (> 2 cm).
Độ V	Nhiễm khuẩn vết mổ sâu, có thể kèm theo máu tụ, cần dẫn lưu hoặc can thiệp điều trị.

• **Mức độ phục hồi chức năng (Harris Hip Score, Oxford Hip Score)**

Harris Hip Score (HHS) là một công cụ đánh giá được thiết kế để đo lường mức độ đau và chức năng khớp háng ở bệnh nhân, đặc biệt sau phẫu thuật thay khớp háng. HHS được phát triển bởi William H. Harris vào năm 1969. Harris Hip Score là một hệ thống đánh giá được sử dụng rộng rãi để đánh giá mức độ phục hồi chức năng của khớp hông sau phẫu thuật hoặc điều trị. HHS bao gồm 4 yếu tố chính:

- **Đau (Pain):** Đánh giá mức độ đau mà bệnh nhân trải qua trong các hoạt động khác nhau (ngủ ngơi, đi lại, leo cầu thang, v.v.).
- **Chức năng (Function):** Đánh giá khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày như đi bộ, leo cầu thang, ngồi xuống đứng lên, v.v.

- Dạng vận động (Range of motion): Đánh giá mức độ vận động của khớp hông.
- Hình dáng và độ ổn định (Deformity and stability): Đánh giá tình trạng hình dáng của khớp và mức độ ổn định của nó.

Tổng điểm của HHS dao động từ 0 đến 100, trong đó điểm cao hơn biểu thị chức năng khớp háng tốt hơn và ít đau hơn. Cụ thể:

- 90-100 điểm: Xuất sắc
- 80-89 điểm: Tốt
- 70-79 điểm: Khá
- Dưới 70 điểm: Kém

• **Đánh giá kết quả chức năng hô hấp (Borg Rating of Perceived Exertion – RPE)**

Thang điểm Borg (Borg Rating of Perceived Exertion – RPE) [23, 24], bao gồm cả mức độ khó thở và mệt mỏi. Công cụ này được phát triển bởi Giáo sư Gunnar Borg, một nhà tâm lý học người Thụy Điển, vào những năm 1960. Thang điểm này đóng vai trò quan trọng trong lĩnh vực sinh lý học gắng sức, vật lý trị liệu, và phục hồi chức năng hô hấp. Thang điểm Borg là một công cụ hữu ích trong việc đánh giá mức độ khó thở ở bệnh nhân nội khoa và ngoại khoa. Với ưu điểm đơn giản, dễ áp dụng, thang điểm này đặc biệt phù hợp để giám sát chức năng hô hấp sau phẫu thuật thay khớp háng, giúp phòng ngừa và can thiệp kịp thời các biến chứng hô hấp ở người cao tuổi. Thang Borg có hai dạng chính:

**RPE 6–20:** Dạng cổ điển, mô phỏng mối liên hệ giữa nhịp tim và cảm nhận gắng sức.

**CR10 (Category Ratio 0–10):** Dạng cải tiến, thường dùng để đánh giá mức độ khó thở

Thang điểm CR10 bao gồm các mức độ từ **0 đến 10**, với mỗi mức đại diện cho một cấp độ cảm nhận về khó thở hoặc gắng sức:

Điểm	Mức độ cảm nhận	Diễn giải
0	Không có gì	Hít thở hoàn toàn bình thường
0,5	Rất, rất nhẹ	Hầu như không có cảm giác
1	Rất nhẹ	Hơi cảm nhận khó thở nhẹ

2	Nhẹ	Bắt đầu nhận biết rõ ràng
3	Trung bình	Khó thở rõ rệt nhưng vẫn chịu được
4	Hơi nặng	Cần nghỉ ngơi nhẹ
5	Nặng	Bắt đầu giới hạn hoạt động, không nói chuyện thoải mái
6-7	Rất nặng	Gắng sức cao, khó chịu rõ rệt
8-9	Cực kỳ nặng	Gần mức tối đa, không thể duy trì lâu
10	Tối đa	Khó thở không thể chịu đựng, cần dừng ngay lập tức

#### 2.3.4. Các quy trình kỹ thuật điều dưỡng trong chăm sóc bệnh nhân [17]

##### • Quy trình đo dấu hiệu sinh tồn

Bước 1: Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, sát khuẩn tay nhanh

Bước 2: Chuẩn bị người bệnh

Bước 2: Chuẩn bị dụng cụ

Bước 4: Lau khô hõm nách, vậy nhiệt độ dưới 35°C

Bước 5: Đặt bầu thủy ngân vào hõm nách, chếch theo hướng vú/ khớp cánh tay vào thân, đặt cẳng tay lên bụng. Thời gian 5- 10 phút

Bước 6: Kê gối dưới cẳng tay người bệnh (đếm động mạch quay), đặt 3 đầu ngón tay lên động mạch

Bước 7: Đếm động mạch trong 1 phút

Bước 8: Đặt tay như đếm mạch, quan sát cánh tay đặt lên bụng và đếm nhịp thở trong 1 phút

Bước 9: Kéo tay áo tới nách, đặt máy đo huyết áp ngang ngực người bệnh

Bước 10: Cuốn băng huyết áp vào cánh tay người bệnh, cách nếp gấp khuỷu tay từ 3- 5cm

Bước 10: Tìm động mạch ở nếp gấp khuỷu tay, đặt ống nghe bơm hơi khi mạch hết đập, bơm thêm 20mmHg

Bước 11: Mở van từ từ, xả hết hơi, tháo băng xếp vào hộp

Bước 12: Lấy nhiệt kế ra, đọc kết quả, lau sạch nhiệt kế bằng cồn 70°C và vậy nhiệt kế xuống 35°C

Bước 13: Thu gọn và xử lý dụng cụ theo đúng quy định

Bước 14: Ghi hồ sơ hoặc sổ khám bệnh

• **Quy trình tiêm tĩnh mạch**

Bước 1: Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, sát khuẩn tay nhanh

Bước 2: Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ trên xe tiêm

Bước 2: Chuẩn bị người bệnh

Bước 4: Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh.

Bước 5: Thực hiện 5 đúng

Bước 6: Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc (hoặc ống nước cất), dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc

Bước 7: Xé bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc

Bước 8: Pha thuốc và rút thuốc vào bơm tiêm

Bước 9: Thay kim tiêm cho vào bơm nilon

Bước 10: Sát khuẩn tay nhanh (có thể mang găng sạch)

Bước 11: Chọn, bộc lộ vị trí tiêm, buộc dây garo

Bước 12: Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài đường kính 5cm tối thiểu 2 lần

Bước 13: Cầm bơm tiêm đuôi khí. Căng da, đâm chéch kim 30° so với mặt da và đẩy kim vào tĩnh mạch

Bước 14: Kiểm tra máu vào bơm tiêm và tháo dây garo

Bước 15: Bơm thuốc từ từ quan sát sắc mặt người bệnh

Bước 16: Hết thuốc căng mặt da, rút kim nhanh

Bước 17: Sát khuẩn vị trí tiêm (dùng bông khô vô khuẩn ấn nhẹ tại vị trí tiêm)

Bước 18: Đặt người bệnh tư thế thoải mái, dặn dò những điều cần thiết

Bước 19: Bỏ kim tiêm vào hộp đựng vật sắc nhọn, thu dọn dụng cụ, tháo găng, sát khuẩn tay

Bước 20: Tích đổ thuốc đã dùng

Bước 21: Giao tiếp tốt với người bệnh trong quá trình tiêm

• **Quy trình thay băng cắt chỉ**

Bước 1: Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, sát khuẩn tay nhanh

Bước 2: Chuẩn bị dụng cụ

Bước 2: Chuẩn bị người bệnh

Bước 4: Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh. Đi găng sạch nếu băng vết thương thấm dịch, máu, bẩn

Bước 5: Trải tấm lót ni lông dưới vết mổ, bộc lộ vết mổ, tháo bỏ găng bẩn, quan sát đánh giá vết thương

Bước 6: Tháo bỏ băng bẩn, sát khuẩn tay nhanh. Mang găng tay sạch

Bước 7: Mở gói dụng cụ, cho dung dịch sát khuẩn vào bát đựng dụng cụ

Bước 8: Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý:

- Tại vết thương rửa từ trong ra ngoài
- Rửa vùng da xung quanh, chân băng dính

Bước 9: Cắt chỉ vết thương, đánh giá vết thương và thấm khô dịch

Bước 10: Sát khuẩn vết thương bằng betadin

Bước 11: Đặt gạc vô khuẩn lên vết thương, băng kín bằng băng dính.

Bước 12: Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái, thu dọn dụng cụ

Bước 13: Tháo bỏ găng, sát khuẩn tay nhanh

Bước 14: Ghi hồ sơ chăm sóc

### 2.3.5. Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân

Nhóm tiêu chí được đánh giá qua hoạt động chăm sóc của điều dưỡng, cụ thể:

- *Theo dõi toàn thân*: Theo dõi ý thức, màu sắc da, niêm mạc
- *Theo dõi chỉ số sinh tồn*: 15-30 phút/ lần trong 6 giờ đầu, 1 -2 giờ/ lần những giờ tiếp theo trong 24 giờ. Đến khi người bệnh ổn định theo dõi 2 lần/ ngày.
  - Tuần hoàn: Theo dõi mạch, huyết áp
    - + Mạch ở người bình thường 60 - 100 nhịp/phút (bpm). Nếu mạch < 60 là mạch chậm, > 60 là mạch nhanh.
    - + Huyết áp thấp < 90/60 mmHg
    - + Huyết áp bình thường: 90/60 mmHg đến 140/90 mmHg
    - + Huyết áp cao : > 140/90 mmHg
  - hô hấp: Theo dõi tần số thở, tình trạng thở
    - + Nhịp thở giới hạn bình thường: 16 - 20 lần/phút.
    - + Nhịp thở bất thường: >20 lần/ phút: < 10 lần/ phút

- Nhiệt độ: Theo dõi tình trạng sốt, đặc biệt trong 3 ngày đầu sau mổ để đánh giá tình trạng nhiễm trùng vết mổ
- + Nhiệt độ bình thường: 36,5°C - 37,4°C.
- + Sốt nhẹ khi nhiệt độ cơ thể từ 37,5°C - 38°C
- + Sốt vừa khi nhiệt độ cơ thể từ 38,1°C - 39°C
- + Sốt cao khi nhiệt độ cơ thể trên 39°C - 40°C
- + Sốt rất cao khi nhiệt độ cơ thể trên 40°C
  
- Theo dõi lượng nước vào: ml/24h ( uống, ăn, truyền) ; Lượng nước ra :ml/ 24h ( nôn, tiểu, đại tiện, dịch dẫn lưu). Rút sonde tiểu nếu có.
- *Theo dõi tại chỗ*
- + Tình trạng vết mổ, màu sắc, tính chất dịch thấm băng
- + Tình trạng phù nề: Vết mổ và xung quanh có sưng nề, bầm tím không?
- + Tình trạng dẫn lưu vết mổ: Màu sắc, tính chất, sự lưu thông của dịch dẫn lưu
- + Tình trạng vận động sau phẫu thuật: Bệnh nhân có đi lại, tập vận động không?
- *Thực hiện y lệnh:*
- + Dùng thuốc theo y lệnh đúng, đầy đủ: Thuốc kháng sinh, giảm đau, chống đông...
- + Theo dõi tác dụng phụ của thuốc
- + Thay băng theo y lệnh của bác sỹ: Hằng ngày hoặc cách ngày hoặc khi có bất thường.
- + Theo dõi tình trạng nhiễm trùng vết mổ
- + Cắt chỉ khi có y lệnh bác sỹ ( 12- 14 ngày nếu liền tốt)
- + Làm các xét nghiệm khi có chỉ định
- *Chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân sau phẫu thuật*
- + Nuôi dưỡng bằng đường truyền khi bệnh nhân chưa ăn uống được
- + Khi có nhu động ruột khuyến khích ăn thực phẩm lỏng, dễ tiêu
- + Ăn chế độ ăn hợp lý
- + Tránh các chất kích thích, đồ uống có ga
- *Đảm bảo vệ sinh cá nhân*
- + Vệ sinh răng miệng, vệ sinh thân thể hàng ngày
- + Vệ sinh khu vực giường bệnh, phòng bệnh, thay ga gối đúng quy định.
- *Chế độ nghỉ ngơi cho bệnh nhân sau phẫu thuật*

- + Ngủ đúng giờ, ngủ đủ giấc
- + Tạo môi trường yên tĩnh đảm bảo giấc ngủ cho bệnh nhân
- *Tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau phẫu thuật*
- + Các bài tập phù hợp với từng giai đoạn, theo tiến triển của bệnh nhân.
- + Tập theo sức chịu đựng của bệnh nhân, tránh trường hợp tập quá sức chịu đựng của bệnh nhân.
- *Tâm lý của người bệnh sau phẫu thuật*
- + Động viên, khuyến khích người bệnh yên tâm điều trị để đạt kết quả tốt
- + Giải thích quá trình điều trị để bệnh nhân, người nhà nắm được kiến thức

#### **2.4. Phương pháp thu thập số liệu**

- Công cụ thu thập số liệu: Phiếu khảo sát, bệnh án.
- Phương pháp thu thập số liệu: Tiến hành theo dõi chăm sóc và phỏng vấn đối tượng theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn và hồi cứu hồ sơ bệnh án.

#### **2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu**

- Các số lượng của đề tài nghiên cứu được thu thập và xử lý theo phương pháp thống kê y học trên bảng tính Excel.
- Thống kê mô tả: Tần số và tỷ lệ của các biến số, bảng phân phối tần số được sử dụng để mô tả đơn biến.

#### **2.6. Hoá chất và thiết bị dụng cụ**

##### **2.5.1. Hoá chất**

- Cồn 70 độ
- Cồn iod 10%
- Nước muối NaCl 0,9%
- Các hoá chất dùng trong xét nghiệm máu
- Thuốc dùng điều trị bệnh nhân.

##### **2.5.2. Thiết bị, dụng cụ**

- Bộ huyết áp, ống nghe
- Nhiệt kế điện tử
- Đồng hồ đếm giây
- Bộ dụng cụ thay băng, cắt chỉ, tiêm truyền
- Vật tư tiêu hao sử dụng thuốc, thay băng

- Khung, nạng hỗ trợ tập phục hồi chức năng
- Phim Xquang
- Máy điện tim
- Máy siêu âm

### **CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN (DỰ KIẾN)**

#### **3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân thay khớp háng tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An**

##### ***3.1.1. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhân***

##### ***3.1.2. Phân bố tuổi của bệnh nhân***

##### ***3.1.3. Phân bố giới tính của bệnh nhân***

##### ***3.1.4. Nguyên nhân thay khớp háng***

##### ***3.1.5. Phân loại độ thoái hoá khớp háng***

##### ***3.1.6. Mối liên quan giữa phẫu thuật thay khớp háng với bệnh kèm theo***

#### **3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thay khớp háng tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An**

##### ***3.2.1. Thời gian nằm viện***

##### ***3.2.2. Thời gian phẫu thuật***

##### ***3.2.3. Các bệnh lý kèm theo***

##### ***3.2.4. Đánh giá kết quả đau theo thang điểm VAS***

##### ***3.2.5. Đánh giá kết quả lành vết thương theo Southampton***

##### ***3.2.6. Mối liên quan giữa phục hồi chức năng với tuổi***

##### ***3.2.7. Đánh giá khả phục hồi chức năng sau phẫu thuật***

#### **3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố**

##### ***3.3.1. Mối liên quan giữa tuổi với độ thoái hoá***

##### ***3.3.2. Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật với độ thoái hoá***

##### ***3.3.3. Mối liên quan giữa đau với độ thoái hoá***

##### ***3.3.4. Mối liên quan giữa lành vết thương với bệnh kèm theo***

##### ***3.3.5. Mối liên quan giữa kết quả hô hấp với tuổi***

##### ***3.3.6. Mối liên quan giữa thời gian nằm viện với bệnh kèm theo***

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu (2020), *Quy trình chăm sóc người bệnh thay khớp háng*, Bạc Liêu.
2. Bộ Y tế (2013), *Chương trình đào tạo chăm sóc toàn diện*, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2011), *Thông tư 07/2011/TT-BYT công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh*, Hà Nội.
4. Cao Minh Châu (2012), *Điều dưỡng - Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Hoàng Thế Hùng (2013), *Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng phương pháp thay khớp háng bán phần Bipolar*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
6. Lê Phúc (2006), *Chấn thương học vùng háng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. Lê Thị Bình (2019), *Điều dưỡng cơ bản 1 và 2*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
8. Lê Thị Bình (2019), *Học thuyết điều dưỡng*, Giáo trình học thuyết điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
9. Nguyễn Công Trị (2015), “Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2014,” *Hội nghị khoa học quốc tế điều dưỡng*, 2014.
10. Nguyễn Đức Vương, Trần Văn Quân, Nguyễn Kim Nghĩa và cộng sự (2020), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng ở bệnh nhân cao tuổi gãy liên mấu chuyển xương đùi tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*, Đề tài nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.
11. Nguyễn Đình Phú (2015), “Đánh giá bước đầu kết quả điều trị gãy mất vững liên mấu chuyển xương đùi ở bệnh nhân lớn tuổi bằng phẫu thuật thay khớp háng lưỡng cực chuỗi dài,” *Hội nghị thường niên lần thứ XXII - Hội nghị chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh*, trang 115–120.

12. Nguyễn Quốc Dũng, Phạm Văn Hùng (2023), “Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,” *Tạp chí Chấn thương Chỉnh hình Việt Nam*, 17(2), trang 20–28.
13. Nguyễn Thị Minh Châu, Lê Văn Phước (2019), “Đánh giá mức độ đau ở bệnh nhân sau phẫu thuật sử dụng thang điểm VAS,” *Tạp chí Y học Việt Nam*, 485(12), trang 45–52.
14. Nguyễn Văn Hùng, Lê Minh Hoàng (2021), “Đặc điểm giải phẫu và cơ chế vận động của khớp háng,” *Tạp chí Y học Việt Nam*, 508(3), trang 50–58.
15. Phạm Văn Cường (2017), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần trong điều trị gãy liên máu chuyển xương đùi ở người lớn tuổi*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
16. Phí Mạnh Công (2009), *Đánh giá kết quả điều trị gãy liên máu chuyển xương đùi ở người trên 70 tuổi bằng kết hợp xương nẹp vis động tại Bệnh viện Xanh Pôn và Bệnh viện 198*, Luận văn thạc sĩ y học chuyên ngành Ngoại khoa, Đại học Y Hà Nội.
17. Phòng Điều dưỡng Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An (2023), *Quy trình kỹ thuật điều dưỡng*, Nghệ An.
18. Thân Trọng Duy, Trần Như Bửu Hoa, Đồng Trọng Tấn (2020), “Đánh giá kết quả thay khớp háng bán phần lưỡng cực cho người cao tuổi gãy cổ xương đùi,” *Tạp chí Y dược học dự phòng*, (6), 2020.
19. Võ Thành Toàn (2016), “Điều trị gãy liên máu chuyển xương đùi ở bệnh nhân lớn tuổi bằng phẫu thuật thay khớp háng lưỡng cực chuỗi dài tại Bệnh viện Thống Nhất,” *Hội nghị thường niên lần thứ XXII - Hội nghị chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh*, 112–115.
20. Võ Thành Toàn, *Bài giảng thoái hóa khớp*.
21. Điều dưỡng ngoại 2 (2008), *Sách giáo khoa điều dưỡng ngoại khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội.
22. Điều dưỡng ngoại khoa (2015), *Tập 2 - Sách đào tạo cử nhân điều dưỡng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
23. Borg, G. (1982). *Psychophysical bases of perceived exertion. Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377–381.
24. Borg, G. (1998). *Borg's Perceived Exertion and Pain Scales*. Human Kinetics.

25. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Trends in Total Hip and Knee Arthroplasty in the United States: 2015–2023. 2023.
26. Choi JY. Comparative study of bipolar hemiarthroplasty for femur neck fracture treated with cemented versus cementless stem. *Hip Pelvis*. 2016;28:208–216.
27. Choy WS. Cemented bipolar hemiarthroplasty for unstable intertrochanteric fractures in elderly patients. *Clin Orthop Surg*. 2010; 2:221–226.
28. Dawson J, Fitzpatrick R, Carr A, Murray D. Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement surgery. *J Bone Joint Surg Br*. 1996;78-B(2):185–190.
29. Gagliese L, Katz J. The Visual Analog Scale for Pain: An Updated Systematic Review of Its Psychometric Properties. *Pain Med*. 2023;24(2):124–134.
30. Haentjens P, Casteleyn PP. Treatment of unstable intertrochanteric or subtrochanteric fractures in elderly patients. *J Bone Joint Surg Am*. 1989;17A:1214–1225.
31. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am*. 1969;51(4):737–755.
32. Kwon YM, Macaulay W, Choi HR. Anatomy and Biomechanics of the Hip Joint. *J Orthop Res*. 2020;38(10):2125–2136.
33. Learmonth, I. D., Young, C., & Rorabeck, C. (2007). *The operation of the century: total hip replacement*. *The Lancet*, **370(9597)**, 1508–1519.
34. Sims K, Keene G. Vascular and Neurological Anatomy of the Hip Joint: Clinical Implications. *J Bone Joint Surg*. 2021;103(8):456–467.
35. United Nations Population Fund. (2011). *The aging population in Viet Nam: Current status, prognosis, and possible policy responses*. United Nations Population Fund.
36. Wilson JM, Schwartz AM, Farley KX, Bradbury TL, Guild GN. Current Trends in Total Hip Arthroplasty in the United States. *J Arthroplasty*. 2021;36(7):2139–2145.

**PHỤ LỤC I**  
**PHIẾU KHẢO SÁT**  
**TÌNH HÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP**  
**HÁNG**

**I. Phần hành chính**

1. Họ và tên:.
2. Giới:
3. Tuổi:
4. Dân tộc:
5. Nghề nghiệp:
6. Số hồ sơ:
7. Địa chỉ:
8. Nguyên nhân gây chấn thương:

**II. Phần chuyên môn**

1. Đặc điểm chung:
2. Bệnh kèm theo của ông (bà) ?
 

<input type="checkbox"/> Tiểu đường	<input type="checkbox"/> Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/> Viêm phổi
<input type="checkbox"/> Suy tim	<input type="checkbox"/> Bệnh lý khác	<input type="checkbox"/> Không có bệnh kèm theo
3. Ông (bà) đến từ vùng miền nào?
 

<input type="checkbox"/> Nông thôn	<input type="checkbox"/> Thành thị
------------------------------------	------------------------------------
4. Thời gian nằm viện của ông (bà) bao lâu?
 

<input type="checkbox"/> 7 – 10 ngày	<input type="checkbox"/> 10 – 15 ngày	<input type="checkbox"/> > 15 ngày
--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------
5. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng
 

Đau khớp háng <input type="checkbox"/>	Biến dạng khớp háng <input type="checkbox"/>	yếu teo cơ <input type="checkbox"/>
Hạn chế vận động khớp háng <input type="checkbox"/>		
Mức độ Đau <input type="checkbox"/>	Không đau (0) <input type="checkbox"/>	Đau nhẹ ( VAS: 4-6) <input type="checkbox"/>
Đau nhiều ( VAS: 7-10) <input type="checkbox"/>		
6. Biến chứng do nằm lâu
 

Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	
Loét tỳ đè <input type="checkbox"/>	Viêm Phổi <input type="checkbox"/>	biến chứng khác <input type="checkbox"/>



	Đau nhẹ		
	Không đau		
<b>Tại vết mổ</b>	Vết mổ khô		
	Vết mổ sưng nề		
	Vết mổ ứ dịch		
<b>Chân dẫn lưu</b>	Đỏ, tiết dịch		
	Dịch dẫn lưu (ml)		
<b>Tình trạng giấc ngủ sau mổ</b>	Ngủ ít		
	Khủ khá		
<b>Tâm trạng người bệnh sau mổ</b>	Lo lắng ít		
	Lo lắng nhiều		

### Bệnh nhân được hướng dẫn tập vận động

<b>Hướng dẫn tập chủ động tại giường</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
Tập gấp duỗi khớp cổ chân, khớp gối		
Tập co cơ mông		
Tập dạng, khép khớp háng		
Tập co cơ tĩnh, tập sức mạnh cơ tứ đầu đùi		
Sau > 1 tháng bệnh nhân được hướng dẫn tập đứng hoặc đi với nạng hoặc khung.		

### Hoạt động tư vấn GDSK

<b>Hoạt động</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>

Hướng dẫn tuân thủ dùng thuốc		
Hướng dẫn chế độ ăn uống, vệ sinh		
Hướng dẫn các bài tập vận động		
Tư vấn kiến thức phòng bệnh và biến chứng		
Hẹn khám lại		

