

THỰC TRẠNG ĐAU CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHI DƯỚI TẠI KHOA CHẤN THƯƠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2019

Mai Anh Dũng¹, Lê Thanh Tùng¹
Nguyễn Mạnh Dũng¹, Vũ Thị Là¹, Võ Thị Thu Hương¹
¹Trường ĐH Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ đau của người bệnh trong 72 giờ đầu sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại khoa Chấn thương Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 11/2018 đến tháng 6/2019 trên 117 người bệnh phẫu thuật kết hợp xương chi dưới (xương đùi, cổ xương đùi, mâm chày, xương cẳng chân) tại Khoa Chấn thương Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Các đối tượng được phỏng vấn trực tiếp bằng 4 bộ câu hỏi thiết kế sẵn gồm 19 câu. **Kết quả:** Nam giới chiếm 57.26%, nữ giới chiếm 42.74%. Tuổi trung bình của người bệnh là 53.68 ± 16.05 , nhỏ nhất là

18 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi. Nghề nghiệp chủ yếu là nông nghiệp và công nhân lần lượt là 43.59% và 35.04%. Người bệnh có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ 46.15%. Đa số người bệnh đã kết hôn 76.07%. Tổng điểm đau trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới trong 72 giờ đầu lần lượt là (27,21; 23,24; 18,79). **Kết luận:** Tổng điểm đau trung bình của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới (xương đùi, cổ xương đùi, mâm chày và xương cẳng chân) đau nhiều nhất vào 24 giờ đầu, đau giảm dần vào ngày thứ 2 và đau ít hơn ở ngày thứ 3.

Từ khóa: Gãy xương chi dưới, đau sau phẫu thuật, người bệnh.

PAIN SITUATION OF PATIENTS AFTER LOWER LIMB BONE SURGERY AT THE INJURY DEPARTMENT IN NAM DINH GENERAL HOSPITAL IN 2019

ABSTRACT:

Objective: To assessing the pain level of patients during 72 hours after surgery of leg bone in the Orthopedic Department of Nam Dinh General Hospital in 2019. **Method:** The cross-sectional study was implemented from 11/2018 to 5/2019, made direct interviews with the subjects

with 4 questionnaires consisting of 19 sentences. **Results:** Male accounted for 57.26%, female accounted for 42.74%. The average age of the patients was 53.68 ± 16.05 , the smallest was 18 years, the largest was 88 years. Major occupations are agriculture and workers with 43.59% and 35.04% respectively. Participants with lower secondary education accounted for 46.15%. The majority of participants were 76.07% married. The average total pain points after surgery of lower limb bone within 72 hours are (27,21; 23,24; 18,79) respectively. **Conclusion:** The study results

Người chịu trách nhiệm: Mai Anh Dũng
Email: maianhdungnd@gmail.com
Ngày phản biện: 22/8/2019
Ngày duyệt bài: 26/8/2019
Ngày xuất bản: 22/10/2019

showed that, on average, the total pain points of patients after surgery combined lower limb bones (femur, femoral neck, tibial plateau and leg bone) suffered the most in the first 24 hours, pain decreasing on day 2 and less pain on day 3.

Keywords: *Fracture of extremity bone, post surgical pain, patients.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là một cảm nhận thuộc về giác quan và xúc cảm do tổn thương đang tồn tại hoặc tiềm tàng ở các mô gây nên và phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của tổn thương ấy [2]. Đau gây ra cảm giác khó chịu, gây lo lắng sợ hãi cho người bệnh và gia đình, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, tâm lý, đời sống xã hội. Mặt khác, đau còn gây ra hàng loạt các rối loạn tại các hệ thống cơ quan khác nhau như tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, miễn dịch... Theo kết quả nghiên cứu của Eyerusalem H (2015) được tiến hành ở Ethiopia với cỡ mẫu là 416 người bệnh, kết quả có tới 90,4% người bệnh đau sau phẫu thuật ngoại khoa [8]. Ngay ở các nước có nền y học phát triển vẫn có tỷ lệ người bệnh chịu đau sau phẫu thuật ngoại khoa là khá cao, theo một khảo sát của Mayda A.S và các cộng sự (2014) ở Mỹ gồm 300 người bệnh sau phẫu thuật ngoại khoa, kết quả có 86% bị đau sau phẫu thuật, trong đó có 75% người bệnh phải chịu đựng đau vừa cho đến rất đau sau phẫu thuật và 74% vẫn còn gặp những mức độ đau khác nhau sau khi xuất viện [11]. Chính vì vậy, điều trị đau đã được tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Hội nghiên cứu đau quốc tế (IASP) coi là quyền con người, trong khi ở nhiều trung tâm đau được xem xét như là dấu hiệu sinh tồn thứ năm (fifth vital sign) sau mạch,

huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ [16]. Ở Việt Nam, theo thống kê của Nguyễn Hữu Tú và cộng sự cho thấy 59% người bệnh ở tuần đầu tiên sau phẫu thuật, 22% ở tuần thứ hai, và 7% ở tuần thứ ba phải chịu mức độ đau từ nhiều đến rất đau [6]. Bộ Y tế cũng đã đưa công tác chống đau trở thành một trong những nhiệm vụ chính bên cạnh các công tác khác như tiền mê, gây mê, hồi sức, hồi tỉnh [1]. Khoa Chấn thương Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định gồm có 24 nhân viên 04 Bác sĩ, 20 điều dưỡng. Hiện nay, ở Nam Định cũng như cả nước cùng với sự phát triển kinh tế, sự bùng nổ của các phương tiện giao thông tăng lên cả về số lượng và quy mô. Vì vậy trong những năm gần đây số lượng tai nạn giao thông ngày càng tăng cộng thêm tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt làm cho khoa Chấn thương trở nên quá tải vì thế việc đánh giá và quản lý đau sau mổ kết hợp xương chi dưới chưa được thường xuyên và quan tâm đúng mức. Đã có một số đề tài y học nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị của gãy xương chi dưới. Tuy nhiên hiện nay tại Khoa chưa có đề tài nghiên cứu nào của điều dưỡng đánh giá về thực trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới.

Do vậy, để góp phần chăm sóc, theo dõi và đánh giá tốt hơn về tình trạng đau của người bệnh, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu đề tài “Thực trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại khoa Chấn thương Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2019” với mục tiêu: Đánh giá mức độ đau của người bệnh trong 72 giờ đầu sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại khoa Chấn thương Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2019.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu** : Người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại Khoa Chấn thương Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn** : Người bệnh ≥ 18 tuổi. Người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương đùi, cổ xương đùi, mâm chày, xương cẳng chân nằm điều trị tại khoa. Có khả năng giao tiếp, đọc và hiểu tiếng Việt.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ** : Người bệnh mắc bệnh rối loạn tâm thần. Sau phẫu thuật bất tỉnh, hôn mê hoặc mê sảng. Người bệnh đa chấn thương

- Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11/2018 đến tháng 6/2019.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chấn thương Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang.

2.3. Phương pháp chọn mẫu : Chọn mẫu thuận tiện được lựa chọn áp dụng trong quá trình chọn mẫu. Trong mỗi ngày, người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu sẽ được lựa chọn, việc thu thập thông tin sẽ được tiến hành tại khoa.

Trong 3 tháng nhóm nghiên cứu thu thập được 117 người bệnh.

2.4. Công cụ nghiên cứu.

Bộ câu hỏi gồm 19 câu trong đó: Thông tin chung về người bệnh (07 câu), Thông tin chung về lâm sàng (08 câu), Đánh giá đau sau phẫu thuật (04 câu)

Bộ câu hỏi thông tin chung về người bệnh và thông tin chung về lâm sàng nhóm nghiên cứu tự thiết kế. Bộ câu hỏi đánh giá đau sử dụng phần một của thang điểm lượng giá bằng số của Charles S. Cleeland

[7]. Để đánh giá mức độ đau của người bệnh tại 4 thời điểm trong 1 ngày (đau nhiều nhất, đau ít nhất, đau trung bình, đau hiện tại) Trung bình điểm đau sau phẫu thuật được tính là trung bình cộng của bốn thời điểm. Thang điểm đánh giá từ 0 – 10 điểm.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Bộ câu hỏi được nhóm nghiên cứu hướng dẫn và giải thích về các thông tin sau đó phát cho người bệnh tự điền.

Thời gian tiến hành thu thập số liệu : Trước khi người bệnh được điều trị đau trong mỗi ngày.

Quy trình thu thập số liệu về đau của người bệnh sẽ được tiến hành tại 3 thời điểm: trong vòng 24 giờ đầu, ngày thứ 2 và ngày thứ 3 sau phẫu thuật.

Trong 24 giờ đầu: Được tính từ khi người bệnh phẫu thuật xong được chuyển về khoa và đã hết tác dụng của thuốc vô cảm trong quá trình phẫu thuật.

Trường hợp người bệnh được chuyển về khoa từ 18 giờ cho tới 6 giờ sáng hôm sau thì thành viên trong nhóm nghiên cứu trực buổi tối hôm đó sẽ lấy thông tin và số liệu từ người bệnh.

Các thông tin cần thu thập từ HSBA, nhóm nghiên cứu lấy thông tin từ HSBA và điền vào bộ câu hỏi.

Người bệnh sẽ được phát một bộ câu hỏi, được hướng dẫn để hoàn thành được bộ câu hỏi đó. Nhóm nghiên cứu có mặt bên cạnh người bệnh để trả lời những thắc mắc về bộ câu hỏi.

Ngày thứ 2 và ngày thứ 3 sau phẫu thuật: sử dụng bộ câu hỏi đánh giá mức độ đau của người bệnh để đánh giá.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

Từ các thông tin thu được trên phiếu điều tra, việc mã hóa dữ liệu và xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 12.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh (n=117)

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh (n=117)

Đặc điểm		SL	TL (%)
Giới	Nam	67	57,26
	Nữ	50	42,74
Nhóm tuổi	18 - 20 tuổi	4	3,42
	21 - 40 tuổi	16	13,68
	41 - 60 tuổi	54	46,15
	> 60 tuổi	43	36,75
Nghề nghiệp	Nông dân	51	43,59
	Công nhân	41	35,04
	Cán bộ viên chức	15	12,82
	Khác	10	8,55
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	89	76,07
	Độc thân, chồng hoặc vợ đã mất, ly dị/ ly thân	28	23,93
Trình độ học vấn	Tiểu học	20	17,10
	Trung học cơ sở	54	46,15
	Trung học phổ thông	23	19,65
	Trung cấp trở lên	20	17,10

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu người bệnh tham gia nghiên cứu nam nhiều hơn nữ. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $53,68 \pm 16,05$, nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi. Nhóm tuổi 41 – 60 chiếm tỷ lệ cao với 46,15%. và nhóm tuổi từ 18-20 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,42%. Nghề nghiệp thuộc nhóm lao động nông

ngiệp chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,59% tương ứng với 51 người bệnh; nhóm người bệnh là cán bộ công nhân viên chức chiếm 15 người bệnh với 12,82%. **Có 89 người bệnh có gia đình, chiếm tỷ lệ 76,07%**; còn lại 23,93% người bệnh là độc thân, ly dị/ly thân hoặc có chồng/vợ đã mất. Tỷ lệ người bệnh có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất với 54 người bệnh tương đương 46,15%; tỷ lệ người bệnh có trình độ tiểu học và trung cấp trở lên đều chiếm 17,10%; trong khi đó tỷ lệ người bệnh có trình độ trung học phổ thông là 19,65% tương đương 23 người bệnh.

3.2. Mức độ đau trong 72 giờ đầu của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=117)

Bảng 3.2. Mức độ đau của người bệnh tại thời điểm đánh giá (n=117)

Đau tại thời điểm đánh giá	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
24 giờ đầu	7,32	0,71
Ngày thứ 2	6,29	0,67
Ngày thứ 3	5,17	0,65

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy giá trị điểm đau hiện tại của người bệnh có mức độ đau cao nhất vào 24 giờ đầu với giá trị trung bình là 7,32 điểm và giảm dần vào các ngày thứ 2 và thứ 3 lần lượt là 6,29 và 5,17.

Bảng 3.3. Mức độ đau nhiều nhất của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=117)

Đau nhiều nhất	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
24 giờ đầu	8,51	0,75
Ngày thứ 2	7,46	0,70
Ngày thứ 3	6,19	0,63

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy giá trị trung bình đau sau phẫu thuật khi người bệnh cảm thấy đau nhiều nhất tại thời điểm 24 giờ đầu, ngày thứ 2, ngày thứ 3 lần lượt là $8,51 \pm 0,75$; $7,46 \pm 0,70$; $6,19 \pm 0,63$. Trong đó, điểm số đau trung bình khi

người bệnh cảm thấy đau nhiều nhất 24 giờ đầu sau phẫu thuật có điểm số cao nhất và giảm dần ở những giờ sau đó.

Bảng 3.4. Mức độ đau đau ít nhất của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=117)

Đau ít nhất	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
24 giờ đầu	4,96	1,00
Ngày thứ 2	4,04	0,90
Ngày thứ 3	3,05	0,88

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau ít nhất của người bệnh cao nhất vào 24 giờ đầu với giá trị trung bình là 4.96 và giảm dần vào ngày thứ 2 và thứ 3 lần lượt 4,04 và 3,05.

Bảng 3.5. Mức độ đau đau trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=117)

Đau trung bình	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
24 giờ đầu	6,41	0,74
Ngày thứ 2	5,44	0,70
Ngày thứ 3	4,37	0,74

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau trung bình của người bệnh cao nhất vào 24 giờ đầu với giá trị trung bình là 6,41 và giảm dần vào ngày thứ 2 và thứ 3 lần lượt là 5,44 và 4,37.

Bảng 3.6. Tổng điểm đau trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới (n=117)

Đau sau phẫu thuật	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
24 giờ đầu	27,21	2,81
Ngày thứ 2	23,24	2,66
Ngày thứ 3	18,79	2,55

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, đau nhiều nhất vào 24 giờ đầu, đau giảm dần vào ngày thứ 2 và đau ít hơn vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về giới, tuổi và nghề nghiệp

Giới tính: Giới tính của đối tượng tham gia nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1 cho thấy nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới nhưng không đáng kể, nam giới chiếm tỷ lệ 57,26% , nữ giới chiếm 42,74%. Kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với nghiên cứu của Lemon P và cộng sự (2008) với tỷ lệ nam giới là 55,5 % và nữ giới là 44,5 % [10]. Nghiên cứu của Phan Thị An Dung (2016), tỷ lệ nam giới là 57,8 %, nữ giới là 42,2% [14]. Và nghiên cứu của Phạm Thị Quyên (2018), tỷ lệ nam giới là 51,3% và nữ giới là 48,7%. [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với một số nghiên cứu thì tỷ lệ nam giới chiếm tỷ lệ thấp hơn, nghiên cứu của Bùi Văn Khanh (2017) [3], tỷ lệ nam giới 7.1%, nữ giới 92,9%, có sự khác biệt vì đây là nghiên cứu đánh giá đau trên người bệnh phẫu thuật mở bursos giáp đơn thuần nên tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ, nghiên cứu của Hoàng Vĩnh Phúc và cộng sự (2016), tỷ lệ nam giới chiếm 81,3%, nữ giới chiếm 18,7% có sự khác biệt vì cỡ mẫu là 43 người bệnh và chỉ nghiên cứu trên người bệnh bị gãy xương đùi [4].

Tuổi: Tuổi của người bệnh tham gia nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.2 cho thấy đa số người bệnh nằm ở 2 nhóm tuổi: 41-60 (46,15%) và trên 60 tuổi (36,75%), nhóm 18-20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp (3,42%). Tuổi trung bình của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu là 53,68 ± 16,05. Kết quả nghiên cứu tương đồng với 1 số nghiên cứu trong nước: Bùi Văn Khanh (2017) [7], nghiên cứu trên 112 người bệnh tại bệnh viện A Thái Nguyên

tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm tuổi 41-60 tuổi (61,6%) , nhóm tuổi >60 (19,6%), độ tuổi trung bình $51,79 \pm 11,64$. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Hoàng Vĩnh Phúc và cộng sự (2016), nhóm tuổi 41-60 (23,2%) và nhóm tuổi >60 (7,1%) [4]. Phạm Thị Quyên (2018), tuổi trung bình là $43,7 \pm 16,3$ [5]. Trong nghiên cứu của Mayda và cộng sự (2014) tuổi trung bình của người bệnh phẫu thuật chỉnh hình xương là 33,6 [13].

Nghề nghiệp: Trong nghiên cứu, nghề nghiệp của đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nông dân (43,59%) và công nhân (35,04%) Nhóm người là cán bộ viên chức chiếm 12.82%, tỷ lệ học sinh - sinh viên, lao động tự do chiếm tỷ lệ thấp 5,3%. Kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với một số nghiên cứu: Mai Bá Hải (2015), tỷ lệ người bệnh là công nhân và nông dân chiếm 68,3 %, tỷ lệ người bệnh thất nghiệp là 19,5% [11]. Phan Thị An Dung (2016), tỷ lệ học sinh, sinh viên tham gia vào nghiên cứu cũng chiếm tỷ lệ thấp chỉ 5,3% [14]. Phạm Thị Quyên (2018) tỷ lệ người bệnh là công nhân chiếm tỷ lệ 36%, học sinh-sinh viên là 36% [5]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Phan Thị An Dung (2016) thì tỷ lệ người bệnh thất nghiệp có phần cao hơn nghiên cứu của chúng tôi với 26,7% và nhóm người bệnh là công nhân cao hơn chiếm tỷ lệ 65,6 % [14].

Đối tượng nghiên cứu đa số là nam giới ở độ tuổi từ 21-60, nghề nghiệp chủ yếu là công nhân và nông dân được lý giải như sau: Nam giới thường tham gia và các công việc nặng nhọc và có yếu tố nguy cơ tai nạn nhiều hơn nữ giới, độ tuổi từ 21 - 60 đây là độ tuổi tham gia vào lực

lượng lao động chính của xã hội nên họ có nguy cơ đối mặt với tai nạn giao thông và tai nạn lao động nhiều hơn.

4.2. Mức độ đau sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới trong 72 giờ đầu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được tổng điểm đau trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới tại thời điểm 24 giờ đầu, ngày thứ 2 và ngày thứ 3 lần lượt là 27,21; 23,24 ; 18,79 cho thấy mức độ đau của người bệnh đau nhiều nhất vào 24 giờ đầu và giảm dần vào ngày thứ 2 và thứ 3 sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu về đau sau phẫu thuật như: Bùi Văn Khanh (2017) Tổng điểm đau trung bình của 3 ngày đầu lần lượt là 26,30; 23,43; 18,78 [3], trong các nghiên cứu của Phan Thị An Dung, Mai Bá Hải, Nguyễn Thị Thùy Trang đã khẳng định rằng 100% người bệnh sau phẫu thuật chỉnh hình xương chi dưới đều có mức độ đau từ nhiều cho đến trung bình trong 24 giờ đầu, ngày thứ 2 và ngày thứ 3 sau phẫu thuật [11], [14], [15].

Trong 24 giờ đầu: Trong 24 giờ đầu tổng điểm đau trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới là 27,21. Cho thấy 24 giờ đầu sau phẫu thuật người bệnh có ngưỡng đau là rất cao nếu không được điều trị giảm đau kịp thời có thể dẫn đến một số ảnh hưởng tới người bệnh: như làm chậm lành vết mổ, chậm bình phục và tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ, sự kích hoạt giao cảm có thể làm cho bệnh nhân dễ gặp các biến cố bất lợi như thiếu máu cục bộ cơ tim, về tâm lý dẫn đến mất ngủ, lo âu và trầm cảm, rối loạn do stress, ảnh hưởng trực tiếp tới khả năng phục hồi vận động của người bệnh

Biện pháp giảm đau cho người bệnh

trong 24 giờ đầu: thực hiện y lệnh, cho người bệnh dùng thuốc giảm đau bằng đường tĩnh mạch hoặc đường uống, kết hợp với chế độ dinh dưỡng hợp lý, tạo môi trường thuận lợi để người bệnh nghỉ ngơi, tư thế nghỉ ngơi phải hợp lý với tình trạng bệnh, điều dưỡng động viên, giải thích để người bệnh bớt lo lắng.

Ngày thứ 2: Kết quả nghiên cứu thu được tổng điểm đau trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới là 23,24 thấp hơn so với 24 giờ đầu, như vậy ngưỡng đau của người bệnh giảm dần vào ngày thứ 2, để giảm đau cho người bệnh ở thời điểm này có thể kết hợp thuốc giảm đau và một số biện pháp về tâm lý (động viên, giải thích của nhân viên y tế, nhạc trị liệu...) để giảm đau và một số biến chứng cho người bệnh.

Ngày thứ 3: Kết quả nghiên cứu thu được tổng điểm đau trung bình sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới là 18,79 thấp hơn so với ngày thứ 2. Ngày thứ 3 ngưỡng đau của người bệnh đã giảm đáng kể do đó áp dụng một số biện pháp như vật lý trị liệu, xoa bóp, tập vận động để giúp người bệnh giảm đau, nghỉ ngơi thoải mái làm giảm đi tình trạng đau của người bệnh.

Có thể thấy rằng đau sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới và phẫu thuật ngoại khoa nói chung, đau nhiều nhất vào 24 giờ đầu, đau giảm dần vào ngày thứ 2 và đau ít hơn vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Điều này có thể được lý giải rằng, giai đoạn đầu sau phẫu thuật do bị tổn thương mô bởi phẫu thuật, tổn thương về mặt giải phẫu của xương do tai nạn. nên các đầu mút dây thần kinh nhận cảm giác đau bị kích dẫn đến bài tiết ra nhiều chất dẫn truyền thần kinh để truyền tín hiệu

đau về não (lúc này người bệnh có cảm giác đau nhiều nhất), quá trình này sẽ giảm dần vào các ngày sau đó khi người bệnh được điều trị và chăm sóc y tế [2].

Thực trạng đau của người bệnh tham gia nghiên cứu cho thấy rằng quản lý đau là một trong những vấn đề mà nhân viên y tế bao gồm cả bác sỹ và điều dưỡng rất quan tâm trong quá trình điều trị cũng như chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật. Đối với người điều dưỡng, cần thường xuyên đánh giá đau cho người bệnh để có kế hoạch và can thiệp chăm sóc đau kịp thời và phù hợp. Ngoài việc cho người bệnh sử dụng thuốc giảm đau bằng đường uống hoặc đường tiêm kết hợp biện pháp tâm lý như động viên, giải thích, nghe nhạc, vật lý trị liệu, hướng dẫn người bệnh vận động phù hợp với tình trạng bệnh điều này đã góp phần giảm tình trạng đau của người bệnh. hạn chế các tai biến xảy ra do đau.

5. KẾT LUẬN

Mức độ đau của người bệnh trong 72 giờ đầu sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới trung bình tổng điểm đau của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới (xương đùi, cổ xương đùi, mâm chày và xương cẳng chân) giảm dần theo thời gian, đau nhiều nhất vào 24 giờ đầu, đau giảm dần vào ngày thứ 2 và đau ít hơn ở ngày thứ 3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). Thông tư Hướng dẫn công tác gây mê - hồi sức. *Thông tư số 13/2012/TT-BYT*, ngày 20 tháng 8 năm 2012 Hà Nội.
2. Phạm Thị Minh Đức (2006). *Sinh lý đau*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 21-22.
3. Bùi Văn Khanh (2017). *Tình trạng*

đau ở người bệnh sau phẫu thuật mở bấuu giáp đơn thuần tại khoa ngoại tổng hợp bệnh viện A Thái Nguyên năm 2017, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

4. Hoàng Vĩnh Phúc và các cộng sự (2013). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi người lớn bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt. *Tạp chí y học quân sự*, 313, tr. 1-5.

5. Phạm Thị Quyên (2018). *Rối loạn giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ở người bệnh sau phẫu thuật chỉnh hình xương chi dưới tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2018*, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

6. Nguyễn Hữu Tú (2010). Dự phòng và chống đau sau mổ, *Sinh hoạt khoa học chuyên đề chống đau sau mổ*, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, tr. 3-27.

7. Cleeland C.S (2009). *The Brief Pain Inventory User Guide*, The University of Texas, p. 1-8.

8. Eyerusalem H (2015). *Assessment of postoperative pain management in Saint Paul's Hospital Millennium Medical College*, Doctoral dissertation, Addis Ababa University.

9. Her K r and Pasero C McCaffery M (2011). *Pain Management Nursing*, Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations, 12(4), 230-250.

10. Lemone P and Burke K (2008). *Nursing care of clients with musculoskeletal trauma*, Vol. 4, New Jersey, Alexander.

11. Mai Ba Hai (2015). *Factors predicting quality of sleep among patients after receiving major orthopedic surgery in Hue university hospital, VietNam*, Master's thesis, Burapha University, Thailand.

12. Macintyre P. E and Walker S. M (2010). The scientific evidence for acute pain treatment, *Curr Opin Anaesthesiol*, 23(5), p. 623

13. Mayda A.S, Yilmaz M, Bolu F et al (2014). "Mortality Rates of Traumatic Traffic Accident Patients at the University Hospital", *Traffic&Transportation*, 26(3), p. 219-225.

14. Phan Thi An Dung, Tanatwanit Y and Deenan A (2016). Factors Related to Sleep Disturbance among Patients with Lower-limb Fracture undergoing Orthopedic Surgery in Vietnam, *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 11(1), p. 18-26.

15. Nguyen Thi Thuy Trang (2015). *Factors predicting postoperative fatigue among patients with closed fracture of leg undergoing internal fixation surgery in Khanh Hoa general hospital, Viet Nam*, - Master's thesis, Burapha University, Thailand.

16. Thomas and Lavanya S (2013). Epidemiologic Profile Of Road Traffic Accident (RTA) Cases Admitted in A Tertiary Care Hospital-A Retrospective Study in Hyderabad, Andhra Pradesh, *International Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, 3(6), p. 30-36.