

RESULTS OF THE PILOT IMPLEMENTATION OF THE MODEL OF COMBINATION IN TREATMENT OF SEVERE OSTEOPOROSIS IN-PATIENTS AT THONG NHAT HOSPITAL IN 2024

Hoang Quoc Nam^{1*}, Vo Thanh Liem²

¹Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Pham Ngoc Thach University of Medicine - 2 Duong Quang Trung, Ward 12, Dist 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 28/09/2024

Revised: 10/10/2024; Accepted: 18/10/2024

ABSTRACT

Background: Severe osteoporosis patients are hospitalized in many departments, have many complications, need to detect complications early, have timely treatment and treatment measures, so a unified process and coordination between many departments is needed.

Objectives: Evaluate the results of the model of coordinated inpatient treatment of severe osteoporosis; Analyze the suitability and ability to maintain the model of coordinated treatment of severe osteoporosis at Thong Nhat Hospital in 2024

Subjects and methods: Study of intervention in the treatment process of severe osteoporosis patients in 3 clinical departments for 3 months. Analyze and process data using SPSS 20.0 software.

Results: The length of hospital stay before and after intervention 7-14 days increased (40.5%, 64.4%), over 14 days decreased (40.5% and 24.4%). The rates of performing the examination activities of "skin color of pressure area", "pain in the injured area", "mobility" before and after the intervention were (16.7%, 51.1%, $p=0.001$; 38.1%, 71.1%, $p=0.002$; 76.2%, 100%, $p=0.001$), respectively. The indications for infusion of anti-resorptive drugs, thrombosis prevention, and increased pressure stockings were statistically significant after the intervention (52.4%, 77.8%, $p=0.013$; 40.5%, 77.8%, $p<0.001$; 2.4%, 31.1%, $p<0.001$). Specialist consultation for anti-bone resorption drug infusion (47.6%, 82.2%, $p=0.001$), physical therapy (16.7%, 62.2%, $p<0.001$).

Conclusion: The initial implementation of the model of combined treatment for severe inpatient osteoporosis recorded positive results, consistent with the actual situation and the ability to continue to maintain the model in clinical departments.

Keywords: Severe osteoporosis, specialized coordination.

*Corresponding author

Email: bsnamth@gmail.com Phone: (+84) 938794892 [Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1656](https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1656)

KẾT QUẢ TRIỂN KHAI THÍ ĐIỂM MÔ HÌNH PHỐI HỢP ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG NẶNG NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT NĂM 2024

Hoàng Quốc Nam^{1*}, Võ Thành Liêm²

¹Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 2 Dương Quang Trung, P. 12, Q. 10, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/09/2024

Chỉnh sửa ngày: 10/10/2024; Ngày duyệt đăng: 18/10/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân loãng xương nặng điều trị nội trú nằm tại nhiều khoa, có nhiều biến chứng, cần phát hiện sớm biến chứng, có biện pháp xử lý và điều trị kịp thời do vậy cần quy trình thống nhất và phối hợp nhiều khoa.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hoạt động mô hình phối hợp điều trị nội trú loãng xương nặng; Phân tích tính phù hợp và khả năng duy trì hoạt động mô hình phối hợp điều trị loãng xương nặng tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp quy trình điều trị bệnh nhân loãng xương nặng tại 3 khoa lâm sàng trong 3 tháng. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Thời gian nằm viện trước, sau can thiệp 7-14 ngày tăng lên (40,5%, 64,4%), trên 14 ngày giảm đi (40,5% và 24,4%). Tỷ lệ thực hiện hoạt động thăm khám “màu sắc da vùng tỳ đè”, “đau vùng tổn thương”, “khả năng vận động” trước sau can thiệp lần lượt là (16,7%, 51,1%, p=0,001; 38,1%, 71,1%, p=0,002; 76,2%, 100%, p=0,001). Chỉ định truyền thuốc chống huy xương, dự phòng huyết khối, vớ áp lực tăng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp (52,4%, 77,8%, p=0,013; 40,5%, 77,8%, p<0,001; 2,4%, 31,1%, p<0,001). Hội chẩn chuyên khoa để truyền thuốc chống huy xương (47,6%, 82,2%, p=0,001), tập vật lý trị liệu (16,7%, 62,2%, p<0,001).

Kết luận: Bước đầu triển khai mô hình phối hợp điều trị loãng xương nặng nội trú ghi nhận kết quả tích cực, phù hợp với tình hình thực tế và có khả năng tiếp tục duy trì triển khai mô hình tại các khoa lâm sàng.

Từ khóa: Loãng xương nặng, phối hợp chuyên khoa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (LX) là một bệnh lý cơ xương khớp phổ biến, đặc trưng bởi mật độ xương giảm và nguy cơ gãy xương tăng. Tình trạng gãy xương do LX làm tăng nguy cơ tử vong do biến chứng, gây gánh nặng cho cộng đồng và xã hội. Riêng tại Mỹ, ước tính cho năm 2025 có 3 triệu bệnh nhân gãy xương do loãng xương với ước tính chi phí 25 tỷ đô la/năm cho điều trị[1]. Hiện nay, mặc dù điều trị LX đã có nhiều tiến bộ, song việc quản lý quy trình điều trị nội trú cho bệnh nhân LX nặng vẫn chưa hiệu quả, dẫn đến thời gian nằm viện kéo dài, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Một trong những nguyên nhân là sự phối hợp giữa các chuyên khoa trong điều trị nội trú chưa được quan tâm và hiệu quả[2]. Tại Hoa Kỳ, mô hình Chăm sóc chỉnh hình lão khoa OGS (Orthogeriatric services) đã được triển khai, giúp giảm

tỷ lệ tử vong, chi phí điều trị và thời gian nằm viện cho bệnh nhân LX nặng nội trú[3]. Mô hình này nhấn mạnh sự phối hợp giữa các chuyên khoa ngoại chấn thương chỉnh hình, ngoại thần kinh cột sống, nội cơ xương khớp, bác sĩ tổng quát, vật lý trị liệu và điều phối viên. Mô hình này đã được triển khai tại nhiều nước và mang lại hiệu quả tốt.

Ở Việt Nam, mặc dù chưa có mô hình quản lý và phối hợp điều trị LX nặng nội trú cụ thể, nhưng Bệnh viện Thống Nhất đã triển khai thí điểm mô hình này vào năm 2024. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá kết quả triển khai thí điểm mô hình phối hợp điều trị bệnh nhân LX nặng nội trú, nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc, giảm chi phí điều trị và thời gian nằm viện. Báo cáo này trình bày “Kết quả triển khai thí điểm mô hình phối hợp

*Tác giả liên hệ

Email: bsnamth@gmail.com Điện thoại: (+84) 938794892 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1656>

điều trị bệnh nhân loãng xương nặng nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024” với mục tiêu nghiên cứu:

1. Đánh giá kết quả hoạt động mô hình phối hợp điều trị nội trú loãng xương nặng tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024.

2. Phân tích tính phù hợp và khả năng duy trì hoạt động mô hình phối hợp điều trị loãng xương nặng tại Bệnh viện Thống Nhất.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp can thiệp kết hợp định tính và định lượng để đánh giá hiệu quả của một quy trình chăm sóc, điều trị, phối hợp chuyên khoa mới trong điều trị loãng xương nặng nội trú. Trong đó, phương pháp can thiệp là tối ưu hóa quy trình chăm sóc và điều trị, đồng thời tăng cường sự phối hợp giữa các chuyên khoa liên quan và kết quả kỳ vọng cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân loãng xương nặng.

Các bước can thiệp bao gồm xây dựng và triển khai quy trình chi tiết bao gồm các nội dung chăm sóc, điều trị và phối hợp chuyên khoa dành riêng cho bệnh nhân loãng xương nặng nội trú. Quy trình được triển khai tại ba khoa lâm sàng của Bệnh viện Thống Nhất, bao gồm khoa Nội cơ xương khớp (NCXK), khoa Ngoại thần kinh (NgTK) và khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình (NgCTCH). Bên cạnh đó, chúng tôi đã tổ chức các buổi hội thảo và tập huấn cho đội ngũ nhân viên y tế tại ba khoa này trong vòng ba tháng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 2/2024 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Thống Nhất.

2.3. Phương pháp thu thập dữ liệu

Đối với đánh giá hiệu quả của can thiệp, dữ liệu đã được thu thập từ nhiều nguồn khác nhau. Trước hết, chúng tôi ghi nhận thông tin từ bệnh án của 42 bệnh nhân loãng xương nặng nội trú ra viện trước khi áp dụng quy trình mới (tháng 2-3/2024) và 45 bệnh án sau khi áp dụng (tháng 7/2024). Bên cạnh đó, chúng tôi tiến hành phỏng vấn sâu và sử dụng phiếu khảo sát để thu thập ý kiến phản hồi từ 9 bác sĩ điều trị, 3 lãnh đạo khoa và 14 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

3.1 Can thiệp quy trình điều trị, chăm sóc và phối hợp chuyên khoa điều trị bệnh nhân loãng xương nặng nội trú

- Xây dựng thống nhất nội dung chăm sóc và điều trị,

phối hợp chuyên khoa bệnh nhân loãng xương nặng nội trú. Bao gồm các triệu chứng cần theo dõi phát hiện các biến chứng của bệnh nhân như: Nhiệt độ, nghe phổi, mức độ đau, khả năng vận động, phù chân, tiểu tiện, màu sắc da vùng tỳ đè. Các biện pháp can thiệp phòng biến chứng bao gồm, xoay trở, vỗ rung, tập vật lý trị liệu, mang vớ áp lực, giảm đau, truyền thuốc chống hủy xương.

Nghiên cứu này triển khai can thiệp ở 4 cấp độ: Bệnh viện, Khoa, Bác sĩ điều trị và Bệnh nhân/Người nhà. Can thiệp đa cấp độ này nhằm mục tiêu nâng cao chất lượng điều trị, giảm biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân loãng xương nặng.

3.1.1. Cấp độ Bệnh viện

- Xây dựng nội dung chăm sóc bệnh nhân loãng xương nặng thống nhất, bao gồm đánh giá nguy cơ (viêm phổi, loét tỳ đè, huyết khối tĩnh mạch sâu, nhiễm trùng tiểu) và theo dõi, phòng ngừa biến chứng.

- Thiết lập hệ thống hội chẩn liên chuyên khoa (vận động trị liệu, điều trị phẫu thuật/bảo tồn, truyền thuốc chống hủy xương).

- Tăng cường đào tạo cho nhân viên y tế và bệnh nhân về điều trị, phòng ngừa loãng xương thông qua chuyên đề, hội thảo, sinh hoạt câu lạc bộ.

- Cải thiện cơ sở vật chất, đầu tư trang thiết bị.

3.1.2. Cấp độ Khoa/Phòng

- Triển khai nội dung điều trị và phối hợp điều trị.

- Tăng cường phối hợp, trao đổi thông tin giữa các khoa/phòng.

- Thiết lập hệ thống đánh giá chất lượng điều trị.

3.1.3. Lập hệ thống đánh giá

- Đánh giá các nội dung chăm sóc, theo dõi các biến chứng bệnh nhân loãng xương nặng điều trị nội trú.

- Lập kế hoạch điều trị cá nhân hóa, theo dõi sát và phát hiện sớm biến chứng.

- Điều trị tích cực, hội chẩn kịp thời.

- Tư vấn, hướng dẫn bệnh nhân và người nhà về bệnh, phương pháp điều trị, cách chăm sóc và phòng ngừa.

3.1.4. Cấp độ Bệnh nhân/Người nhà

- Tăng cường nhận thức về bệnh loãng xương qua sinh hoạt chuyên đề, câu lạc bộ.

- Tuân thủ điều trị, tích cực tham gia vật lý trị liệu và phục hồi chức năng.

- Thay đổi lối sống lành mạnh, bổ sung canxi, vitamin D, tập thể dục.

- Chủ động phòng ngừa té ngã, loét tỳ đè, nhiễm trùng.

3.2. Thực trạng chăm sóc và điều trị bệnh nhân loãng xương nặng

Bảng 1. Chỉ định điều trị, chăm sóc qua ghi nhận bệnh án

Nội dung chỉ định điều trị, chăm sóc	Không	Có
	N (%)	N (%)
Truyền thuốc chống hủy xương	20 (47,6%)	22 (52,4%)
Dùng thuốc dự phòng huyết khối tĩnh mạch	25 (59,5%)	17 (40,5%)
Vớ áp lực	35 (83,3%)	7 (16,7%)
Hướng dẫn xoay trở võ rung	6 (14,3%)	36 (85,7%)
Hướng dẫn tập vận động	7 (16,7%)	35 (83,3%)
Điều trị nhiễm trùng bệnh viện	34 (80,9%)	8 (19,1%)

Nhận xét: Qua bảng trên ghi nhận còn nhiều nội dung trong quá trình điều trị loãng xương nặng chưa được thực hiện như tỷ lệ truyền thuốc hủy xương 47,6%, dùng thuốc dự phòng huyết khối 59,5%, mang vớ áp lực 83,3%. Nội dung điều trị này thường cần phải hội chẩn phối hợp các chuyên khoa khi điều trị bệnh nhân loãng xương nặng để ra chỉ định thực hiện. Các hoạt động xoay trở võ rung, hướng dẫn tập vận động đã được thực hiện tương đối tốt với tỷ lệ >80%.

Bảng 2. Phối hợp chuyên khoa trong điều trị và chăm sóc

Nội dung phối hợp chuyên khoa	Không	Có
	N (%)	N (%)
Hội chẩn thuốc điều trị loãng xương	22 (52,3%)	20 (47,7%)
Hội chẩn tập vật lý trị liệu	35 (83,3%)	7 (16,7%)
Hội chẩn điều trị loét tỷ đè	41 (100%)	1 (0%)
Hội chẩn điều trị huyết khối tĩnh mạch	41 (100%)	1 (0%)
Hội chẩn điều trị viêm phổi	38 (90,5%)	4 (9,5%)
Hội chẩn điều trị nhiễm trùng bệnh viện	37 (88,1%)	5 (11,9%)
Hội chẩn cố định tạm thời, mang vớ áp lực cho bệnh nhân điều trị bảo tồn không phẫu thuật	42 (100%)	0 (0%)

Nhận xét: Qua bảng trên ghi nhận hội chẩn chuyên khoa trong phối hợp điều trị loãng xương nặng còn ít như chưa hội chẩn vật lý trị liệu 83,3%, chưa hội chẩn điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu 100%, chưa hội chẩn thuốc điều trị loãng xương 52,3%, cố định tạm thời 100%.

Việc mời hội chẩn đối với bệnh nhân loãng xương nặng là cần thiết nhất là bệnh nhân gãy cổ xương đùi hay lún xẹp đốt sống sinh hoạt tại chỗ nhằm có biện pháp phòng ngừa và can thiệp sớm biến chứng. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật gãy xương rất cao lên tới 75% các trường hợp phẫu thuật.

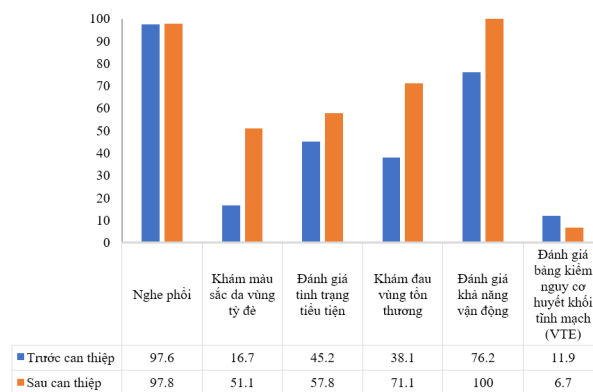
3.3 Đánh giá sau can thiệp

Bảng 3. Thời gian nằm viện

Số ngày nằm viện	Phân nhóm trước - sau can thiệp	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
1-7 ngày	8 (19%)	5 (11,1%)
8-14 ngày	17 (40,5%)	29 (64,4%)
>14 ngày	17 (40,5%)	11 (24,4%)

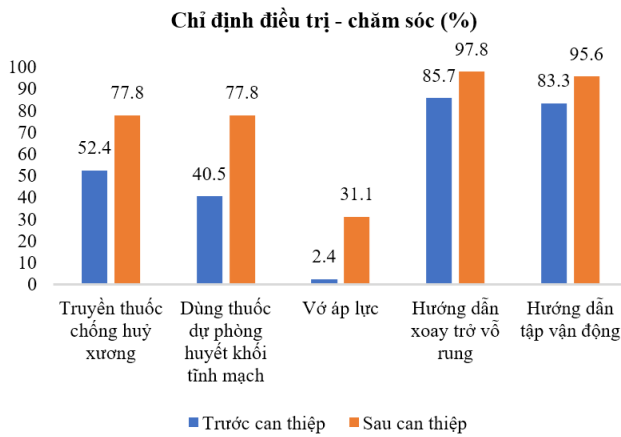
Nhận xét: Ghi nhận ngày nằm viện trước và sau can thiệp qua bảng trên chúng tôi nhận thấy sau can thiệp số ngày nằm điều trị rút ngắn lại, tỷ lệ trong nhóm ngắn ngày cao lên, tỷ lệ trong nhóm dài ngày rút ngắn lại so với trước can thiệp (40,5% so với 64,4% nhóm 8-14 ngày, 40,5% so với 24,4% nhóm trên 14 ngày). Như vậy tác động can thiệp vào quy trình chăm sóc điều trị và phối hợp chuyên khoa đã thay đổi số ngày nằm viện kéo dài trên 14 ngày, từ đó giảm khả năng lây nhiễm trong bệnh viện, giảm chi phí điều trị.

Khám đánh giá (%)



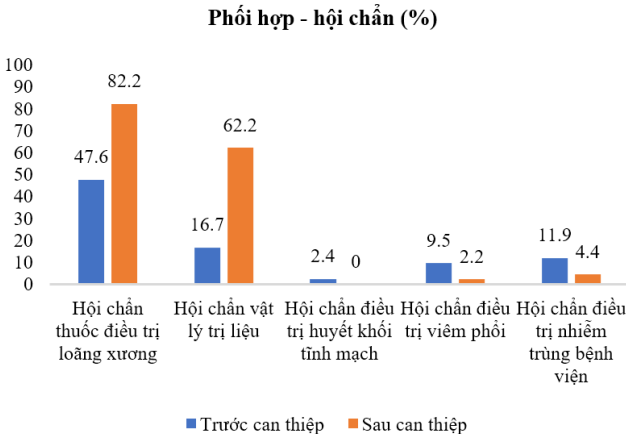
Biểu đồ 1. Ghi nhận khám và theo dõi biến chứng

Nhận xét: Qua biểu đồ trên nghiên cứu cũng ghi nhận các hoạt động thăm khám được quan tâm thường xuyên trước và sau can thiệp là theo dõi nhiệt độ (thực hiện 100%) và nghe phổi được thực hiện >97%. Bên cạnh đó ghi nhận các hoạt động thăm khám khác như “khám màu sắc da vùng tỷ đè”, “khám đau vùng tổn thương”, “đánh giá khả năng vận động” có tỷ lệ lần lượt là (16,7%, 51,1%; 38,1%, 71,1%; 76,2%, 100%) đều có sự tăng cải thiện sau can thiệp. Ý nghĩa tích cực sau can thiệp việc phát hiện dấu hiệu của biến chứng đã được bác sĩ điều trị quan tâm nhiều hơn trước đây, giúp việc giám sát và phòng ngừa biến chứng tốt hơn.



Biểu đồ 2. Ghi nhận chỉ định điều trị và chăm sóc

Nhận xét: Thông qua ghi nhận bệnh án các chỉ định chăm sóc và điều trị bệnh nhân loãng xương nặng về hướng dẫn xoay trở vô rung, hướng dẫn tập vận động kết quả cho thấy các hoạt động có tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Các hoạt động có tăng và có ý nghĩa thống kê trước và sau can thiệp như truyền thuốc chống hủy xương, dùng thuốc dự phòng huyết khối tĩnh mạch, vỡ áp lực với tỷ lệ lần lượt là (52,4%, 77,8%; 40,5%, 77,8%; 2,4%, 31,1%). Đây là những hoạt động quan trọng nhằm phòng tránh các biến chứng huyết khối tĩnh mạch, giảm đau tăng khả năng vận động và hồi phục cho người bệnh[5].



Biểu đồ 3. Phối hợp hội chẩn chuyên khoa

Nhận xét: Kết quả có ghi nhận các cải thiện sau can thiệp như hội chẩn thuốc điều trị loãng xương, hội chẩn vật lý trị liệu với tỷ lệ lần lượt là (47,6%, 82,2%, $p=0,001$; 16,7%, 62,2%, $p<0,001$). Các hoạt động không thực hiện có xu hướng tăng lên sau can thiệp nhưng không có ý nghĩa thống kê như hội chẩn điều trị huyết khối tĩnh mạch, hội chẩn điều trị viêm phổi, hội chẩn điều trị nhiễm trùng bệnh viện. Tuy nhiên các hoạt động này có thể liên quan đến biến chứng, nếu không có biến chứng thì không thực hiện có thể do các biến chứng sau can thiệp có xu thế ít đi. Phối hợp đa chuyên khoa đã được chứng minh giảm được các biến chứng sau phẫu thuật[6].

3.3. Tính phù hợp và khả năng duy trì hoạt động mô hình phối hợp điều trị loãng xương nặng nội trú tại bệnh viện Thống Nhất

Tính phù hợp của mô hình: Các khoa thể hiện rõ sự hợp tác sau khi triển khai can thiệp như tăng cường phối hợp liên chuyên khoa thường xuyên và tích cực hơn, hội chẩn thường xuyên hơn, trao đổi tình trạng bệnh trong quá trình hội chẩn nhiều hơn, đầy đủ hơn, “hiện tại khoa đã có liên kết chặt chẽ với các khoa phục hồi chức năng, ngoại chấn thương chỉnh hình, ngoại thân kinh trong điều trị bệnh nhân loãng xương nặng nội trú”- (Phòng vấn sâu - Bác sĩ khoa NCXK). Nâng cao chất lượng chăm sóc, điều trị, bệnh nhân được hướng dẫn cụ thể hơn về chăm sóc, phòng ngừa biến chứng, được giải thích rõ các thủ tục hành chính, thái độ trong giao tiếp được cải thiện theo hướng tích cực, “nhân viên y tế nhiệt tình, nhã nhặn, vui vẻ” - (Phòng vấn sâu- Bệnh nhân khoa NgTK). Điều dưỡng được đào tạo bài bản hơn giúp quá trình đánh giá sát hơn, phát hiện kịp thời các biến chứng do nằm lâu và bất động kéo dài gây nên. Từ đó giúp hiệu quả điều trị và chăm sóc tốt hơn, tạo mối gắn kết thân thiện giữa nhân viên y tế và người bệnh. Sau can thiệp bác sĩ đã quan tâm nhiều hơn đến tập vật lý trị liệu cho bệnh nhân nặng tại các khoa. “Hiện nay 100 phần trăm bệnh nhân loãng xương nặng điều trị tại khoa đều được hội chẩn và tập vật lý trị liệu” (Phòng vấn sâu- Bác sĩ khoa CTCH). Bệnh nhân được tập luyện và phục hồi chức năng tốt hơn. “bệnh nhân được tập vật lý trị liệu và xoay trở sau 3 đến 4 ngày phẫu thuật” (Phòng vấn sâu- Bệnh nhân khoa CTCH).

Khả năng duy trì mô hình: Qua phỏng vấn sâu bác sĩ điều trị, lãnh đạo và bệnh nhân chúng tôi ghi nhận được sự ủng hộ và cam kết. Các bác sĩ nhận thức rõ tầm quan trọng phối hợp liên chuyên khoa trong điều trị loãng xương và mong muốn cải thiện quy trình hiện tại. “Tiếp tục duy trì phối hợp giữa các chuyên khoa với nhau” (Phòng vấn sâu - bác sĩ khoa NCXK), “tổ chức hội chẩn chuyên khoa thường xuyên hơn” (Phòng vấn sâu - bác sĩ khoa NgTK). Đồng thời các bác sĩ cũng đã đưa ra nhiều đề xuất cụ thể để cải thiện quy trình phối hợp, thể hiện sự sẵn sàng tham gia, đóng góp vào chương trình can thiệp. “Xây dựng phân mềm để quản lý bệnh nhân các khoa có thể theo dõi được” (Phòng vấn sâu - bác sĩ khoa NCXK). “làm thẻ cho mỗi bệnh nhân ghi thông tin truyền thuốc chống hủy xương” (Phòng vấn sâu - bác sĩ khoa Ng CTCH). Chúng tôi ghi nhận nhu cầu thực tế và tính cấp thiết của vấn đề qua ý kiến phỏng vấn, các bác sĩ chỉ ra nhiều vấn đề tồn tại trong quy trình phối hợp hiện tại, ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị bệnh nhân loãng xương. Điều này cho thấy chương trình can thiệp giải quyết một nhu cầu thực tế và cấp thiết, tạo động lực để duy trì và phát triển chương trình. Bên cạnh đó cũng có nhiều đề xuất giải pháp khả thi “cần tổ chức khám riêng ngoại trú cho bệnh nhân loãng xương nặng” (phòng vấn sâu - bác sĩ khoa NgTK), xây dựng quy trình chuẩn “xây dựng phác đồ chuẩn hóa từ chẩn đoán, điều trị, can thiệp ngoại khoa đến phục hồi chức năng (Phòng vấn sâu - bác sĩ khoa CXK), đào tạo nhân viên, đến ứng dụng công nghệ thông tin.

4. KẾT LUẬN

Bước đầu triển khai mô hình phối hợp điều trị loãng xương nặng nội trú ghi nhận kết quả tích cực. Thời gian nằm viện trước, sau can thiệp 7-14 ngày tăng lên trên 14 ngày giảm đi. Tỷ lệ thực hiện hoạt động thăm khám sau can thiệp tăng lên so với trước sau can thiệp khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chỉ định điều trị để giảm đau, phòng biến chứng huyết khối tăng lên sau can thiệp. Phối hợp các chuyên khoa để truyền thuốc chống hủy xương và tập vật lý trị liệu tăng lên sau can thiệp có ý nghĩa thống kê. Phòng vấn sâu bác sĩ điều trị, lãnh đạo khoa và bệnh nhân cho thấy sự phù hợp của mô hình với tình hình thực tế và có khả năng tiếp tục triển khai tại các khoa lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Snodgrass P, Zou A, Gruntmanis U, et al, and Referral Practice After Fragility Fractures. *Curr Osteoporos Rep.* 2022 Jun;20[3]:163-169. doi: 10.1007/s11914-022-00730-1. Epub 2022 Apr 20. PMID: 35442009.
- [2] Åkesson KE, Ganda K, Deignan C, et al. Post-fracture care programs for prevention of subsequent fragility fractures: a literature assessment of current trends. *Osteoporos Int.* 2022 Aug;33[8]:1659-1676. doi: 10.1007/s00198-022-06358-2. Epub 2022 Mar 24.
- [3] Gehlbach S, Saag KG, Adachi JD, et al (2012) Previous fractures at multiple sites increase the risk for subsequent fractures: the global longitudinal study of osteoporosis in women. *J Bone Miner Res* 27[3]:645–653. <https://doi.org/10.1002/jbmr.1476>
- [4] Flikweert, E.R., Wendt, et al. Complications after hip fracture surgery: are they preventable. *Eur J Trauma Emerg Surg* 44, 573–580 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00068-017-0826-2>
- [5] Sachdeva A, Dalton M, Lees T. Graduated compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Nov 3;11[11]:CD001484. doi: 10.1002/14651858.CD001484.pub4.
- [6] Rui Y, Qiu X, Zou J, et al. [Clinical application of multidisciplinary team co-management in geriatric hip fractures]. *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi.* 2019 Oct 15;33[10]:1276-1282. Chinese. doi: 10.7507/1002-1892.201905017.