

EVALUATION OF POSTOPERATIVE CARE OUTCOMES IN PATIENTS UNDERGOING METACARPAL AND PHALANGEAL FRACTURE FIXATION AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Nguyen Le Bao Khanh^{1*}, Dang Le Hoang Nam², Nguyen Thi Thanh¹, Vo Le Hong Loan¹, Tran Thuy Hiep¹, Van Thi Lanh¹, Nguyen Thi Huyen¹, Ton Nu Thuy Trinh¹

¹Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital - 41-51 Nguyen Hue, Thuan Hoa ward, Hue city, Vietnam

²Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University - 6 Ngo Quyen, Thuan Hoa ward, Hue city, Vietnam

Received: 25/12/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 26/02/2026

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the clinical and paraclinical characteristics of patients with metacarpal and phalangeal fractures treated by surgical fixation at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, and to evaluate the effectiveness of postoperative care following metacarpal and phalangeal fracture fixation.

Subjects and methods: A prospective descriptive case series study was conducted on 41 patients with metacarpal and phalangeal fractures who underwent surgical fixation at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from September 2023 to January 2024. Study participants were interviewed to collect personal characteristics, combined with wound observation and data extracted from medical records.

Results: The mean age of patients was 39.7 ± 15.4 years, with males accounting for 75.6%. Metacarpal fractures accounted for 56.1% of cases, most commonly involving the V metacarpal and the V finger. Seven days after surgery, wounds were dry with mild residual pain; primary wound healing was observed without complications such as bleeding or surgical site infection. The proportion of patients achieving moderate to good recovery outcomes was 95.1%.

Conclusion: Postoperative wound care for metacarpal and phalangeal fractures demonstrated favorable outcomes.

Keywords: Metacarpal fractures, phalangeal fractures, wound care.

*Corresponding author

Email: Hn9242@gmail.com Phone: (+84) 935113874 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4442>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP BÀN NGÓN TAY TẠI KHOA NGOẠI CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH - LỒNG NGỰC, BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Nguyễn Lê Bảo Khánh^{1*}, Đặng Lê Hoàng Nam², Nguyễn Thị Thành¹, Võ Lê Hồng Loan¹, Trần Thúy Hiệp¹, Văn Thị Lanh¹, Nguyễn Thị Huyền¹, Tôn Nữ Thùy Trinh¹

¹Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế - 41-51 Nguyễn Huệ, phường Thuận Hóa, thành phố Huế, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế - 6 Ngô Quyền, phường Thuận Hóa, thành phố Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 26/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy xương bàn ngón tay được phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và đánh giá hiệu quả chăm sóc hậu phẫu của bệnh nhân sau phẫu thuật kết hợp xương bàn ngón tay.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu chòm ca bệnh, mô tả tiến cứu được thực hiện trên 41 bệnh nhân gãy xương bàn ngón tay được phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện Trường đại học Y Dược Huế từ tháng 9/2023 đến tháng 1/2024. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn về các đặc điểm cá nhân kết hợp với quan sát vết thương và thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $39,7 \pm 15,4$, nam giới chiếm 75,6%. Vị trí gãy xương đốt bàn chiếm 56,1%, nhiều nhất là đốt bàn V và ngón V. Sau 7 ngày phẫu thuật, vết thương khô và còn đau nhẹ, vết mổ liền kỳ đầu không có các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng vết mổ. Theo dõi kết quả kết quả hồi phục từ trung bình trở lên chiếm 95,1%.

Kết luận: Kết quả chăm sóc vết thương bàn ngón cho hiệu quả tốt.

Từ khóa: Gãy xương bàn tay, gãy xương ngón tay, chăm sóc vết thương.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay thực hiện rất nhiều chức năng quan trọng trong đời sống hàng ngày của con người. Đặc biệt là những vận động và cảm giác tinh vi, là công cụ làm việc và bảo vệ cơ thể. Do đó bàn tay rất dễ bị chấn thương, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống [1]. Gãy xương đốt bàn và ngón tay chiếm khoảng 10% tổng số gãy xương, trong đó hơn 70% trường hợp các bệnh nhân trong độ tuổi lao động [2]. Gãy xương bàn ngón tay mặc dù ít khi ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân, nhưng ngón tay giàu thần kinh và mạch máu, nên các tổn thương ở đây không chỉ gây đau đớn mà còn có thể ảnh hưởng nặng nề tới chức năng vận động và cảm giác nếu không được xử lý đúng cách, nhưng việc chăm sóc và điều trị không tốt sẽ ít nhiều để lại di chứng, làm mất hoặc giảm khả năng lao động, sinh hoạt và đặc biệt ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh [3].

Chăm sóc vết thương không chỉ đơn thuần là làm sạch và băng bó vết thương, mà là một quy trình lâm sàng quan trọng nhằm thúc đẩy quá trình lành thương, ngăn ngừa nhiễm khuẩn và hạn chế biến chứng [4]. Đối với những chấn thương bàn ngón tay, quá trình lành thương có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như mức độ tổn thương cấu trúc sâu (gân, dây thần kinh, xương), điều kiện viêm nhiễm

tại chỗ, khả năng kiểm soát nhiễm khuẩn và kỹ thuật chăm sóc hậu phẫu. Nếu chăm sóc không đầy đủ hoặc sai kỹ thuật, nguy cơ nhiễm khuẩn thứ phát, hình thành sẹo co kéo, mất chức năng chi và đôi khi dẫn tới tàn phế vĩnh viễn hoặc biến dạng tay là điều hoàn toàn có thể xảy ra [3].

Để cung cấp cơ sở xây dựng những giải pháp theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật kết hợp xương bàn ngón tay tại Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Lồng ngực, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy xương bàn ngón tay được phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và đánh giá hiệu quả chăm sóc hậu phẫu của bệnh nhân sau phẫu thuật kết hợp xương bàn ngón tay.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có gãy xương bàn ngón tay, được phẫu thuật kết hợp xương tại Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Lồng ngực, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Bệnh nhân có khả năng giao tiếp đủ để trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: Hn9242@gmail.com Điện thoại: (+84) 935113874 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4442>

- Tiêu chuẩn loại trừ: gãy xương bệnh lý, gãy xương ở bệnh nhân có tình trạng toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật, bệnh nhân đã phẫu thuật tại tuyến khác, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành thu thập số liệu từ tháng 9/2023 đến tháng 1/2024.

- Địa điểm: tại Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Lồng ngực, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, tiến cứu.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: cỡ mẫu 41 bệnh nhân, thực hiện phương pháp chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Phương pháp thu thập thông tin: đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn về các đặc điểm cá nhân kết hợp với quan sát để đánh giá tình trạng vết thương qua các lần chăm sóc bệnh nhân, thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án.

- Đánh giá một số biến nghiên cứu:

+ Tình trạng vết thương: ghi nhận số lần thay băng; đánh giá vết thương bằng cách quan sát vết thương, băng vết thương qua các lần thay băng hàng ngày; tiến hành đánh giá ngày đầu sau mổ, 3 ngày, 5 ngày và 7 ngày sau mổ.

+ Đánh giá đau dựa vào thước đo cảm giác đau và mô tả đau của bệnh nhân theo Carlsson A.M mô tả [5]. Đánh giá cảm giác đau của bệnh nhân ngày đầu sau phẫu thuật, 3 ngày, 5 ngày và 7 ngày sau phẫu thuật. Phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS, chia làm 3 mức độ: đau ít (VAS ≤ 3 điểm), đau vừa hay trung bình (VAS từ 4-7 điểm), đau nặng hay đau nhiều (VAS > 7 điểm).

+ Mức độ hồi phục sau phẫu thuật: đánh giá theo bộ công cụ QoR-15. QoR-15 là một bảng câu hỏi được phát triển bởi Stark P.A và cộng sự năm 2013 nhằm đo lường chất lượng phục hồi sau phẫu thuật và gây mê [6]. Bộ công cụ QoR 15 gồm 15 câu hỏi, đánh giá trên 5 lĩnh vực bao gồm đau (2 câu hỏi), sự thoải mái về thể chất (5 câu hỏi), độc lập về thể chất (2 câu hỏi), hỗ trợ tâm lý (2 câu hỏi) và trạng thái cảm xúc (4 câu hỏi). Chất lượng hồi phục được phân loại thành 4 mức độ: rất tốt (QoR-15 từ 136-150 điểm), tốt (QoR-15 từ 122-135 điểm), trung bình (QoR-15 từ 90-121 điểm) và kém (QoR-15 từ 0-89 điểm) [7].

- Xử lý, phân tích số liệu: số liệu được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích, xử lý. Mô tả tần số, tỷ lệ % cho các biến định tính; giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Lồng ngực và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Bệnh nhân được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và có quyền từ chối tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành 41 bệnh nhân có độ tuổi trung bình $39,7 \pm 15,4$, nhỏ nhất 18 tuổi và lớn nhất 69 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 75,6% và nữ chiếm 24,4%. Phần

lớn bệnh nhân nhập viện trước 24 giờ (63,4%). Thời gian nằm viện trung bình $6,37 \pm 3,54$ ngày. Nguyên nhân gãy xương do tai nạn giao thông chiếm 36,6%; tai nạn lao động chiếm 26,8% và tai nạn sinh hoạt chiếm 36,6%.

3.2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy xương bàn ngón tay được phẫu thuật kết hợp xương

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân (n = 41)

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Cơ chế chấn thương	Trực tiếp	37	90,2
	Gián tiếp	4	9,8
Vị trí gãy xương	Gãy xương đốt bàn	23	56,1
	Gãy xương đốt ngón	18	43,9
Loại gãy	Gãy kín	32	78,0
	Gãy hở	9	22,0
Phân độ gãy hở (n = 9)	Độ I	3	33,3
	Độ II	6	66,7
Số lượng ổ gãy	1 ổ	34	82,9
	2 ổ	7	17,1
Tình trạng sưng nề tại chỗ	Có	33	80,5
	Không	8	19,5
Tổn thương phối hợp	Có (đứt gân duỗi)	2	4,9
	Không	39	95,1

Cơ chế chấn thương chủ yếu là trực tiếp (90,2%). Vị trí gãy xương đốt bàn chiếm 56,1%. Ổ gãy tại xương đốt bàn gặp 17/41 ca (41,5%), trong đó xương đốt ngón gần chiếm 14 ca, ngón giữa 2 ca và ngón xa 1 ca.

Kết quả cho thấy có 32 ca gãy kín chiếm 78% và 9 ca gãy hở chiếm 22%. Trong 9 ca gãy hở thì 6 ca gãy hở độ II. Số lượng gãy 1 ổ chiếm 82,9% và 80,5% có tình trạng sưng nề tại chỗ. Có 2 ca có tổn thương phối hợp (đứt gân duỗi) chiếm tỉ lệ 4,9%.

Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm cận lâm sàng		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tổn thương xương bàn tay (n = 23)	Xương đốt bàn I	4	17,4
	Xương đốt bàn II	5	21,7
	Xương đốt bàn III	1	4,3
	Xương đốt bàn IV	3	13,0
	Xương đốt bàn V	5	21,7
	Kết hợp nhiều xương	5	21,7
Tổn thương xương ngón tay (n = 18)	Ngón I	4	22,2
	Ngón II	2	11,1
	Ngón III	3	16,7
	Ngón V	7	38,9
	Tổn thương nhiều ngón	2	11,1

Trong 23 ca tổn thương xương bàn tay, có 5 ca (21,7%) tổn thương kết hợp nhiều xương, 18 ca (78,3%) tổn thương 1 xương, trong đó nhiều nhất là xương đốt bàn V (5 ca chiếm 21,7%). Các trường hợp tổn thương xương ngón tay, tổn

thương ngón V chiếm tỷ lệ cao nhất (38,9%), có 2 ca tổn thương nhiều ngón chiếm 11,1%.

3.3. Đánh giá hiệu quả chăm sóc hậu phẫu của bệnh nhân sau phẫu thuật kết hợp xương bàn ngón tay

Bảng 3. Tình trạng thân nhiệt của bệnh nhân (n = 41)

Tình trạng thân nhiệt	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sốt	3	7,3
Bình thường	38	92,7

Đa số bệnh nhân có thân nhiệt bình thường, chỉ có 3 ca (7,3%) có sốt.

Bảng 4. Số lần thay băng vết thương

Số lần thay băng	Ngày đầu (n = 41)		Sau 3 ngày (n = 39)		Sau 5 ngày (n = 21)		Sau 7 ngày (n = 7)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 lần	9	22,0	1	2,6	3	14,3	3	42,9
1 lần	32	78,0	38	97,4	18	85,7	4	57,1

Ngày đầu phẫu thuật có 22% bệnh nhân không thay băng và 78% bệnh nhân thay băng 1 lần; sau 7 ngày phẫu thuật có 3 ca (42,9%) không thay băng và 4 ca (57,1%) thay băng 1 lần.

Bảng 5. Tình trạng vết thương

Vết thương	Ngày đầu (n = 41)		Sau 3 ngày (n = 39)		Sau 5 ngày (n = 21)		Sau 7 ngày (n = 7)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Khô	10	24,4	23	59,0	17	81,0	5	71,4
Dịch thấm băng	31	75,6	16	41,0	2	9,5	2	28,6
Nhiễm trùng	0	0	0	0	2	9,5	0	0

Ngày đầu sau mổ, vết thương chủ yếu có dịch thấm băng chiếm 75,6%. Ngày thứ 5 sau mổ chủ yếu vết thương khô (81%), xuất hiện 2 ca (9,5%) nhiễm trùng. Ngày thứ 7 sau mổ, 100% vết thương khô và còn thấm ít dịch ở băng.

Bảng 6. Mức độ đau của bệnh nhân

Mức độ đau	Ngày đầu (n = 41)		Sau 3 ngày (n = 39)		Sau 5 ngày (n = 21)		Sau 7 ngày (n = 7)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau, đau nhẹ	4	9,8	20	51,2	17	81,0	6	85,7
Đau vừa	25	61,0	18	46,2	4	19,0	1	14,3
Đau nặng	12	29,2	1	2,6	0	0	0	0

Trong ngày đầu sau mổ, tỷ lệ đau vừa và nặng chiếm 90,2%. Sau mổ 3 ngày, đau nặng chỉ còn 1 ca chiếm 2,6%. Sau mổ 5 ngày và 7 ngày, chủ yếu đau nhẹ (81% và 85,7%), không còn tình trạng đau nặng.

Bảng 7. Mức độ hồi phục sau phẫu thuật (n = 41)

Mức độ hồi phục	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Rất tốt	7	17,1

Mức độ hồi phục	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tốt	17	41,5
Trung bình	15	36,6
Kém	2	4,9

Bệnh nhân có mức độ hồi phục tốt và rất tốt chiếm 58,6%; 2 bệnh nhân (4,9%) có mức độ hồi phục kém.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy gãy xương bàn ngón tay gặp nhiều ở bệnh nhân trong độ tuổi lao động, nam giới là chủ yếu, nguyên nhân gặp nhiều do chấn thương, phần lớn do tai nạn giao thông. Một số nghiên cứu trên bệnh nhân gãy xương bàn ngón cho kết quả tương tự với nghiên cứu chúng tôi [8]. Phạm Đình Dũng và cộng sự cũng ghi nhận gãy xương bàn tay gặp nhiều ở bệnh nhân trong độ tuổi lao động, nam giới là chủ yếu, nguyên nhân gặp nhiều do chấn thương, phần lớn do tai nạn giao thông [9].

Đa số các bệnh nhân được can thiệp sớm, tuy nhiên có một số bệnh nhân can thiệp muộn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân nhập viện trước 24 giờ (63,4%). Lý do vì tai nạn giao thông cũng như điểm cấp cứu, không thể đưa bệnh nhân đến viện chậm trễ. Bệnh nhân luôn được ưu tiên nhập viện sớm trước 24 giờ. Nghiên cứu của Mai Đức Dũng và cộng sự tại Thái Nguyên cho thấy đa số bệnh nhân nhập viện trước 24 giờ [8].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy xương bàn ngón tay được phẫu thuật kết hợp xương tại Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Lồng ngực và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vị trí gãy xương đốt bàn chiếm 56,1%. Ổ gãy tại xương đốt bàn gặp 17/41 ca (41,5%), trong đó xương đốt ngón gần chiếm 14 ca, ngón giữa 2 ca và ngón xa 1 ca. Kết quả cho thấy có 32 ca gãy kín chiếm 78% và 9 ca gãy hở chiếm 22%. Trong 9 ca gãy hở thì 6 ca gãy hở độ II. Số lượng gãy 1 ổ chiếm 82,9% và 80,5% có tình trạng sưng nề tại chỗ. Nghiên cứu của Mai Đức Dũng và cộng sự tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho thấy đặc điểm gãy xương bàn ngón tay gặp chủ yếu ở xương bàn tay có 34/43 ổ gãy (79,1%), ổ gãy tại xương đốt ngón gặp 9/43 ổ gãy chiếm 20,9%; có 41/43 ổ gãy xương là gãy kín chiếm 95,3%, còn lại có 2/43 ổ gãy xương là gãy xương hở chiếm 4,7%; có 1/31 bệnh nhân có tổn thương đứt gân duỗi vùng VI kèm theo, qua đánh giá hồi phục rất tốt [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Đăng Vững và cộng sự cho thấy gãy thân đốt chiếm tỷ lệ cao nhất (76,8%); đường gãy ngang gặp nhiều hơn, chiếm 64,3% các loại đường gãy [10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 23 ca tổn thương xương bàn tay, xương đốt bàn V (21,7%) và tổn thương ngón V chiếm tỷ lệ cao nhất (38,9%). Kết quả nghiên cứu của Lê Minh Được và cộng sự cho thấy kết quả tương tự với nghiên cứu chúng tôi, gãy xương bàn V chiếm tỷ lệ cao nhất (28,6%); vị trí gãy thân xương bàn chiếm ưu thế là 57,1% và đường gãy chéo có lượng bệnh nhân nhiều nhất (59,6%) [11].

4.3. Đánh giá hiệu quả chăm sóc hậu phẫu của bệnh nhân sau phẫu thuật kết hợp xương bàn ngón tay

- Tình trạng thân nhiệt: 100% bệnh nhân sau phẫu thuật đều được điều dưỡng theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn hàng ngày. Việc theo dõi sát các chỉ số sinh tồn giúp điều dưỡng sớm phát hiện các dấu hiệu bất thường của bệnh nhân, như những thay đổi về nhịp thở liên quan đến rối loạn thông khí hay do quá đau, hoặc những gợi ý của rối loạn tuần hoàn hoặc triệu chứng sốt liên quan đến nhiễm khuẩn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân có thân nhiệt bình thường, chỉ có 3 ca (7,3%) có sốt.

- Số lần thay băng phụ thuộc vào tình trạng vết thương, nếu vết thương nhiễm trùng hoặc máu và/hoặc dịch thấm băng nhiều thì phải thay băng nhiều lần trong ngày để đảm bảo cho vết thương sạch. Điều dưỡng cần đánh giá vết thương hàng ngày để quyết định số lần thay băng, nếu vết thương sạch thì có thể không cần thay băng hàng ngày mà có thể thay băng cách nhật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong ngày đầu phẫu thuật có 22% bệnh nhân không thay băng và 78% bệnh nhân thay băng 1 lần, sau 7 ngày phẫu thuật có 3 ca (42,9%) không thay băng và 4 ca (57,1%) thay băng 1 lần. Nghiên cứu của Lê Thị Mai Phương và cộng sự cho thấy có 78,4% bệnh nhân được thay băng vết mổ 1 lần/ngày, 14% bệnh nhân được thay băng vết mổ 2 lần/ngày và 6,7% thay băng tùy theo tình trạng vết mổ; những trường hợp thay băng vết mổ tùy theo tình trạng, tức là nếu vết mổ khô, điều dưỡng sẽ thay băng 1 ngày/lần hoặc 2 ngày/lần, còn nếu vết mổ ướt có thấm dịch nhiều thì sẽ thay ngay, có thể 2-3 lần/ngày [12]. Thay băng khi cần thiết là khi vết mổ khô bệnh nhân để hở không cần băng nhưng do vệ sinh không cẩn thận dẫn đến nhiễm khuẩn, khi đó điều dưỡng sẽ thay băng rửa vết thương cho bệnh nhân. Việc đánh giá tình trạng vết mổ và đưa ra quyết định thay băng phù hợp sẽ giúp vết mổ luôn khô và mau liền hơn.

- Tình trạng vết thương: kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ngày đầu sau mổ, vết thương chủ yếu có dịch thấm băng (75,6%); ngày thứ 5 sau mổ chủ yếu vết thương khô (81%), xuất hiện 2 ca nhiễm trùng (9,5%). Các bệnh nhân nhiễm trùng vào viện với vết thương nham nhỡ, nhiều dị vật, xây xát da nhiều, gãy hở. Bệnh nhân được phẫu thuật và kết hợp làm sạch vết thương. Tuy nhiên, ngày thứ 7 sau mổ, 100% vết thương khô và còn thấm ít dịch ở băng. Tất cả các bệnh nhân đều ổn định.

- Mức độ đau của bệnh nhân: sau mổ khi thuốc gây tê, mê hết tác dụng, bệnh nhân sẽ rất đau, do đó điều dưỡng cần hướng dẫn bệnh nhân trước phẫu thuật cần chuẩn bị tâm lý tốt nhất, phải thực hiện y lệnh giảm đau kịp thời cho bệnh nhân sau phẫu thuật, khuyến khích bệnh nhân tập vận động sớm cũng có tác dụng giảm đau, có thể dùng biện pháp vật lý trị liệu, tâm lý điều trị giảm đau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong ngày đầu sau mổ, tỷ lệ đau vừa và nặng chiếm 90,2%; sau 3 ngày, đau nặng chỉ còn 1 ca chiếm 2,6%; sau 5 và 7 ngày, chủ yếu đau nhẹ (81% và 85,7%), không còn tình trạng đau nặng. Kết quả nghiên cứu của Mai Thị Hương và cộng sự cho thấy mức độ đau của người bệnh trong 72 giờ đầu sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên có xu hướng giảm dần theo thời gian, đau nhiều nhất vào 24 giờ đầu tiên sau phẫu thuật, đau giảm dần vào ngày thứ 2 và đau ít hơn ở ngày thứ 3

[13]. Nghiên cứu của Lê Thị Mai Phương và cộng sự (2022) về đánh giá các hoạt động chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên cho thấy, phương pháp giảm đau kết hợp thuốc và động viên tâm lý từ điều dưỡng là hiệu quả nhất đối với người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên, đạt tỷ lệ hài lòng lên đến 85,5% [12]. Do đó, trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật, việc giảm đau tập trung vào việc sử dụng thuốc giảm đau tiêm truyền, cung cấp dinh dưỡng tĩnh mạch, tạo môi trường thoải mái và đặc biệt là sự động viên, hướng dẫn tận tình từ nhân viên y tế. Các biện pháp này không chỉ giúp giảm đau hiệu quả mà còn giúp người bệnh cảm thấy an tâm hơn, từ đó thúc đẩy quá trình hồi phục.

- Mức độ hồi phục: kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân có mức độ hồi phục tốt và rất tốt chiếm 58,6%. Chỉ 2 bệnh nhân (4,9%) có mức độ hồi phục kém.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân gãy xương bàn ngón, chúng tôi thu được kết quả: tuổi trung bình của bệnh nhân là $39,7 \pm 15,4$, nam giới chiếm 75,6%. Vị trí gãy xương đốt bàn chiếm 56,1%, nhiều nhất là đốt bàn V và ngón V. Sau 7 ngày phẫu thuật, vết thương khô và còn đau nhẹ, vết mổ liền kỳ đầu không có các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng vết mổ. Theo dõi kết quả kết quả hồi phục từ trung bình trở lên chiếm 95,1%.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Childs D.R, Murthy A.S. Overview of wound healing and management. The Surgical clinics of North America, 2017, 97 (1): 189-207. doi: 10.1016/j.suc.2016.08.013.
- [2] Trần Trung Dũng. Chẩn đoán và điều trị gãy xương trật khớp chi trên. Nhà xuất bản Y học, 2020.
- [3] Demmer W, Sorg H et al. Wound healing and therapy in soft tissue defects of the hand and foot from a surgical point of view. Medical sciences (Basel, Switzerland), 2021, 9 (4): 1-12. doi: 10.3390/medsci9040071.
- [4] Crouch M. Pain management in wound care: taking a holistic approach. British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 2025, 34 (20): S12-s7. doi: 10.12968/bjon.2024.0407.
- [5] Carlsson A.M. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. Pain, 1983, 16 (1): 87-101. doi: 10.1016/0304-3959(83)90088-X.
- [6] Stark P.A, Myles P.S, Burke J.A. Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. Anesthesiology, 2013, 118 (6): 1332-1340. doi: 10.1097/ALN.0b013e318289b84b.
- [7] Nguyễn Thị Mỹ Anh, Nguyễn Thị Ngọc Bích, Lê Thị Thanh Xuân. Kết quả bước đầu ứng dụng công cụ QoR-15 trong đánh giá chất lượng phục hồi ở người bệnh sau phẫu thuật trong ngày. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 546 (3): 39-43. doi: 10.51298/vmj.v546i3.12689.
- [8] Mai Đức Dũng, Vũ Duy Tân và cộng sự. Kết quả điều trị gãy xương bàn ngón tay bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện

- Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Thái Nguyên, 2019, 207 (14): 243-248.
- [9] Phạm Đình Dũng, Tăng Văn Thành. Đánh giá kết quả điều trị gãy xương bàn tay bằng phương pháp xuyên ngang đinh Kircher. Tạp chí Y học cộng đồng, 2024, 65: 154-161. doi: 10.52163/yhc.v65iCD1.979.
- [10] Nguyễn Đăng Vững, Nguyễn Quốc Lữ. Đánh giá kết quả điều trị gãy xương bàn ngón tay bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai. Tạp chí Khoa học, Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng, 2025 (12): 170-176. doi: 10.59294/HIUJS20250149.
- [11] Lê Minh Được, Phan Minh Hoàng, Nguyễn Lê Hoan. Đánh giá bước đầu kết quả điều trị gãy xương bàn tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít. Tạp chí Y Dược Cần Thơ, 2023, 63: 43-47. doi: 10.58490/ctump.2023i63.1298.
- [12] Lê Thị Mai Phương, Phan Thị Dung. Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật gãy hở xương chi trên và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 517 (2): 203-207. doi: 10.54804/yhthvb.2.2022.128.
- [13] Mai Thị Hương, Mai Thị Lan Anh. Thực trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên tại Bệnh viện Chấn thương - Chính hình Nghệ An năm 2024. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2024, 7 (5): 162-169. doi: 10.54436/jns.2024.05.879.

