Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 138-142

EARLY POSTOPERATIVE PAIN BURDEN AND PAIN MANAGEMENT PRACTICES AFTER TOTAL HIP ARTHROPLASTY AT A VIETNAMESE TERTIARY HOSPITAL

Nguyen Thi Minh Ngoc[1,2], Pham Dinh Nguyen[3*]

[1]City International Hospital - No. 3, Street 17A, An Lac Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam
[2]Hong Bang International University - 215 Dien Bien Phu Street, Gia Dinh Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam
[3]Children's Hospital 1 - 341 Su Van Hanh Street, Vuon Lai Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 01/06/2026
Revised: 21/07/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: To describe early postoperative pain burden, pain management practices, and selected descriptive pain-care variables after total hip arthroplasty at a Vietnamese tertiary hospital.

Methods: This prospective observational study included 117 adults undergoing unilateral total hip arthroplasty at Cho Ray Hospital from May 2025 to April 2026. Pain was assessed on a 0–10 scale at 6, 24, 48, and 72 hours at rest and during clinically feasible activity. Early severe pain was defined as any score ≥7 at 6 or 24 hours. Descriptive analyses and exploratory multivariable logistic regression were performed.

Results: Median age was 54 years and 71.8% were male. Pain on admission was present in 99.1%, and 80.3% had preoperative analgesic or opioid use. Early severe pain occurred in 36.8%. At 72 hours, mean pain was 4.38 ± 1.34 at rest and 5.53 ± 1.26 during activity. Paracetamol, source-coded opioid therapy, tramadol, and NSAIDs were recorded in 98.3%, 93.2%, 19.7%, and 9.4%, respectively; no peripheral nerve block was documented. In exploratory multivariable analysis, higher BMI (adjusted OR 1.24, 95% CI 1.07–1.43; p=0.003), broadly coded musculoskeletal history (3.39, 1.30–8.81; p=0.012), and recorded tramadol/Ultracet use (0.29, 0.09–0.96; p=0.043) were associated with early severe pain.

Conclusions: Substantial pain burden persisted during the first 72 hours after total hip arthroplasty. Standardized documentation of the activity associated with each pain score, analgesic agent, dose, route and timing, reassessment before and after mobilization, and mobility details is needed. The source-coded opioid prevalence should not be interpreted as a measure of opioid exposure or guideline concordance.

Keywords: Total hip arthroplasty; postoperative pain; pain management; early severe pain; nursing care; Vietnam.

*Corresponding author
Email: nguyenpd@nhidong.org.vn **Phone:** (+84) 908681979 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6634

GÁNH NẶNG ĐAU SAU PHẪU THUẬT SỚM VÀ THỰC HÀNH QUẢN LÝ ĐAU SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN TẠI MỘT BỆNH VIỆN TUYẾN CUỐI Ở VIỆT NAM

Nguyễn Thị Minh Ngọc[1,2], Phạm Đình Nguyên[3*]

[1]Bệnh viện Quốc tế City - Số 3 Đường 17A, P. An Lạc, Tp. Hồ Chí Minh , Việt Nam
[2]Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng - 215 Điện Biên Phủ, P. Gia Định, Tp. Hồ Chí Minh , Việt Nam
[3]Bệnh viện Nhi đồng 1 - 341 Sư Vạn Hạnh, P. Vườn Lài, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 21/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả gánh nặng đau sau phẫu thuật sớm, thực trạng quản lý đau và một số biến phản ánh thực hành quản lý đau sau thay khớp háng toàn phần tại một bệnh viện tuyến cuối.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu quan sát tiến cứu được thực hiện trên 117 người bệnh trưởng thành được thay khớp háng toàn phần một bên tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 5 năm 2025 đến tháng 4 năm 2026. Điểm đau theo thang số 0–10 được ghi nhận khi nghỉ và khi thực hiện hoạt động khả thi về mặt lâm sàng tại các thời điểm 6, 24, 48 và 72 giờ sau phẫu thuật. Đau nặng sớm được định nghĩa là có ít nhất một điểm đau ≥7 trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.

Kết quả: Tuổi trung vị của người bệnh là 54 tuổi; nam giới chiếm 71,8%. Có đau lúc nhập viện ở 99,1% người bệnh và 80,3% đã sử dụng thuốc giảm đau hoặc opioid trước phẫu thuật. Đau nặng sớm ghi nhận ở 36,8% người bệnh. Tại thời điểm 72 giờ, điểm đau trung bình khi nghỉ là 4,38 ± 1,34 và khi hoạt động là 5,53 ± 1,26. Paracetamol được sử dụng ở 98,3%, opioid theo mã hóa dữ liệu nguồn ở 93,2%, tramadol ở 19,7% và NSAID ở 9,4%; không ghi nhận trường hợp phong bế thần kinh ngoại biên. Trong phân tích hồi quy đa biến mang tính thăm dò, BMI cao hơn, tiền sử cơ xương khớp và việc ghi nhận sử dụng tramadol có mối liên quan với đau nặng sớm.

Kết luận: Gánh nặng đau vẫn còn đáng kể trong 72 giờ đầu sau thay khớp háng toàn phần. Cần chuẩn hóa việc ghi nhận loại hoạt động đi kèm điểm đau, thông tin sử dụng thuốc và dữ liệu vận động.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần; đau sau phẫu thuật; quản lý đau; opioid; NSAID; chăm sóc hậu phẫu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng toàn phần giúp cải thiện đau và chức năng ở người bệnh mắc bệnh lý khớp háng nặng, gãy cổ xương đùi hoặc tổn thương khớp phức tạp. Tuy nhiên, đau sau phẫu thuật sớm vẫn thường gặp và có thể cản trở vận động, phục hồi chức năng và quá trình xuất viện [1].

Các khuyến cáo hiện nay nhấn mạnh chiến lược giảm đau đa mô thức, bao gồm paracetamol, NSAID hoặc thuốc ức chế COX-2 khi không có chống chỉ định, kỹ thuật giảm đau tại chỗ hoặc vùng phù hợp và hạn chế sử dụng opioid [2,4]. Khuyến cáo ERAS gắn kiểm soát đau với vận động sớm và phục hồi chức năng [3]. Việc triển khai các khuyến cáo này tại bệnh viện tuyến cuối có thể chịu ảnh hưởng của đặc điểm người bệnh, chỉ định phẫu thuật, thực hành kê đơn và nguồn lực chăm sóc.

Việc chỉ ghi nhận đau khi nghỉ có thể chưa phản ánh đầy đủ gánh nặng đau liên quan đến chức năng. Đau khi xoay trở, ngồi dậy, đứng hoặc đi lại liên quan trực tiếp đến quá trình phục hồi và cần được ghi nhận riêng [5,6]. Tuy nhiên, khi loại hoạt động không được chuẩn hóa, điểm đau khi hoạt động cần được diễn giải thận trọng.

Dữ liệu tại Việt Nam về đau sau thay khớp háng toàn phần còn hạn chế, đặc biệt là các nghiên cứu đồng thời xem xét cường độ đau, đau nặng sớm, thuốc giảm đau, biện pháp không dùng thuốc và vận động. Nghiên cứu này nhằm mô tả gánh nặng đau trong 72 giờ đầu, thực hành quản lý đau và các yếu tố liên quan đến đau nặng sớm tại một bệnh viện tuyến cuối.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế, địa điểm và đối tượng nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu quan sát tiến cứu, mô tả tình trạng đau và thực hành quản lý đau trong chăm sóc thường quy, không can thiệp điều trị và được trình bày theo hướng dẫn STROBE [7].

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được thay khớp háng toàn phần một bên và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp có rối loạn thần kinh, rối loạn tâm thần hoặc bệnh đồng mắc nặng ảnh hưởng đáng kể đến khả năng tự báo cáo đau hoặc quá trình hồi phục sau phẫu thuật.

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, đồng ý tham gia và được tiếp cận trong thời gian điều tra viên thực hiện tuyển chọn đều được đưa vào nghiên cứu.

Tổng cộng 117 người bệnh có đầy đủ dữ liệu đánh giá đau tại các thời điểm 6, 24, 48 và 72 giờ được đưa vào phân tích. Do không duy trì nhật ký sàng lọc, nghiên cứu không xác định được đầy đủ số người bệnh đủ điều kiện, không đủ điều kiện hoặc từ chối tham gia.

2.2. Biến số và định nghĩa

Đau được đánh giá bằng thang điểm số từ 0 đến 10. Đau khi nghỉ là điểm đau được ghi nhận khi người bệnh nằm nghỉ. Đau khi hoạt động là điểm đau được ghi nhận khi người bệnh thực hiện hoạt động hậu phẫu khả thi về mặt lâm sàng tại thời điểm đánh giá, như xoay trở, ngồi dậy, đứng, chuyển tư thế hoặc đi lại. Do loại hoạt động không được chuẩn hóa và không được ghi kèm từng điểm đau, nghiên cứu không thể đánh giá ảnh hưởng của mức độ vận động đến điểm đau.

Điểm đau được ghi nhận tại các thời điểm 6, 24, 48 và 72 giờ

*Tác giả liên hệ
Email: nguyenpd@nhidong.org.vn **Điện thoại:** (+84) 908681979 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6634

sau phẫu thuật. Mức độ đau được phân loại thành không đau (0 điểm), đau nhẹ (1–3 điểm), đau trung bình (4–6 điểm) và đau nặng (7–10 điểm). Đau nặng sớm được xác định khi có ít nhất một điểm đau ≥7 tại 6 hoặc 24 giờ, khi nghỉ hoặc khi hoạt động. Các kiểu đau nặng được phân loại theo trạng thái nghỉ, hoạt động, cả hai trạng thái hoặc không có đau nặng.

Các biến nghiên cứu gồm tuổi, giới, BMI, đau lúc nhập viện, sử dụng thuốc giảm đau hoặc opioid trước phẫu thuật, tiền sử cơ xương khớp, bệnh tim mạch, đái tháo đường, đau mạn tính trước phẫu thuật, chỉ định phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, đường tiếp cận phẫu thuật, phương pháp vô cảm, thuốc giảm đau sau phẫu thuật, chườm lạnh và khả năng đi lại trong 72 giờ. Tiền sử cơ xương khớp được mã hóa theo dữ liệu nguồn và không đại diện cho một chẩn đoán chuẩn hóa.

2.3. Dữ liệu quản lý đau và phân tích thống kê

Thuốc giảm đau được ghi nhận theo nhóm và đường dùng, gồm paracetamol, opioid theo dữ liệu nguồn, tramadol, NSAID, số nhóm thuốc và hình thức phối hợp đường dùng. Biến opioid không phân biệt hoạt chất, liều, đường dùng hoặc thời điểm sử dụng; opioid và tramadol được ghi ở hai trường dữ liệu riêng nên có thể chồng lấp. Bộ dữ liệu không có thông tin về thuốc giảm đau bổ sung khi cần, liều opioid tương đương morphine hoặc mục đích sử dụng thuốc.

Phân tích được thực hiện bằng SPSS (IBM Corp., Armonk, NY, Hoa Kỳ). Tất cả kiểm định đều là hai phía, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p<0,05$. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn khi có phân phối gần chuẩn hoặc trung vị [IQR] khi có phân phối lệch, dựa trên biểu đồ phân bố và các chỉ số mô tả. Phân tích được thực hiện trên các trường hợp có đầy đủ dữ liệu cho từng phân tích; không thực hiện bù dữ liệu thiếu. Hồi quy logistic nhị phân đa biến được thực hiện như một phân tích thăm dò mối liên quan giữa đau nặng sớm và các biến gồm giới, tuổi, BMI, tiền sử cơ xương khớp, ghi nhận sử dụng tramadol và ghi nhận sử dụng opioid.

Có 117 trường hợp được đưa vào mô hình. Do số biến cố còn hạn chế, các kết quả được diễn giải thận trọng. Kết quả được trình bày bằng OR hiệu chỉnh, khoảng tin cậy 95% và giá trị p cụ thể; khả năng phân biệt của mô hình được mô tả bằng diện tích dưới đường cong ROC.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng chấp thuận trước khi triển khai, theo Phiếu chấp thuận số 73/PCN-HĐĐĐ-SĐH ngày 10 tháng 4 năm 2025.

Người bệnh được giải thích về mục tiêu, quy trình nghiên cứu, quyền lợi và quyền rút lui khỏi nghiên cứu. Nghiên cứu không thực hiện bất kỳ can thiệp nào ngoài chăm sóc thường quy. Dữ liệu được mã hóa và bảo mật; các trường hợp đau quá mức hoặc có dấu hiệu bất thường được thông báo cho nhóm điều trị.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm người bệnh và phẫu thuật

Chúng tôi thu thập được 117 người bệnh có đầy đủ điểm đau tại các thời điểm 6, 24, 48 và 72 giờ. Tuổi trung vị là 54 [42–62] tuổi, nam giới chiếm 71,8% và BMI trung bình là 22,35 ± 3,20 kg/m^2. Có 116 người bệnh (99,1%) có đau lúc nhập viện; 80,3% đã sử dụng thuốc giảm đau hoặc opioid trước phẫu thuật. Tiền sử cơ xương khớp, bệnh tim mạch, đái tháo đường và đau mạn tính trước phẫu thuật lần lượt chiếm 65,0%, 40,2%, 14,5% và 16,2% (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm nền và phẫu thuật của người bệnh (N = 117)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, trung vị [IQR], năm	54 [42–62]
Nam, n (%)	84 (71,8)
BMI, trung bình ± SD, kg/m^2	22,35 ± 3,20
Có đau lúc nhập viện, n (%)	116 (99,1)
Sử dụng thuốc giảm đau/opioid trước phẫu thuật, n (%)	94 (80,3)
Tiền sử cơ xương khớp, n (%)	76 (65,0)
Tiền sử tim mạch, n (%)	47 (40,2)
Đái tháo đường, n (%)	17 (14,5)
Đau mạn tính trước mổ, n (%)	19 (16,2)
Hoại tử chỏm xương đùi, n (%)	58 (49,6)
Gãy cổ xương đùi, n (%)	28 (23,9)
Thoái hóa khớp háng, n (%)	14 (12,0)
Chỉ định khác, n (%)	17 (14,6)
Thời gian phẫu thuật, trung vị [IQR], phút	120 [90–150]

Ghi chú: Chỉ định phẫu thuật được mã hóa theo dữ liệu nguồn; bộ dữ liệu không cho phép phân biệt chắc chắn phẫu thuật nguyên phát có kế hoạch, phẫu thuật do gãy xương, nhiễm trùng hoặc phẫu thuật lại/phức tạp.

Hoại tử chỏm xương đùi là chỉ định phẫu thuật thường gặp nhất (49,6%), tiếp theo là gãy cổ xương đùi (23,9%) và thoái hóa khớp háng (12,0%). Tất cả người bệnh được thay khớp một bên bằng đường tiếp cận sau và gây mê toàn thân; thời gian phẫu thuật trung vị là 120 [90–150] phút.

3.2. Thực trạng quản lý đau

Trong 72 giờ đầu sau phẫu thuật, 93,2% người bệnh sử dụng từ hai nhóm thuốc giảm đau trở lên; tỷ lệ sử dụng paracetamol, opioid theo mã hóa dữ liệu nguồn, tramadol và NSAID lần lượt là 98,3%, 93,2%, 19,7% và 9,4%. Không ghi nhận trường hợp phong bế thần kinh ngoại biên; chườm lạnh được áp dụng ở 92,3% người bệnh (Bảng 2). Tỷ lệ sử dụng opioid chỉ phản ánh mã hóa trong hồ sơ, không đại diện cho mức phơi nhiễm hoặc mức độ phù hợp của điều trị.

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng thuốc giảm đau và chăm sóc không dùng thuốc trong 72 giờ đầu

Biến về quản lý đau	n (%)
Sử dụng từ hai nhóm thuốc giảm đau trở lên	109 (93,2)
Sử dụng hai nhóm thuốc giảm đau	80 (68,4)
Sử dụng từ ba nhóm thuốc giảm đau trở lên	29 (24,8)
Paracetamol	115 (98,3)
Opioid	109 (93,2)
Tramadol	23 (19,7)
NSAID	11 (9,4)
Phong bế thần kinh ngoại biên	0 (0,0)
Chườm lạnh	108 (92,3)

Opioid và tramadol được ghi nhận ở các trường dữ liệu riêng và có thể chồng lấp; dữ liệu không bao gồm hoạt chất, liều, đường dùng hoặc thời điểm sử dụng. Số nhóm thuốc chỉ phản ánh cách phân loại trong hồ sơ.

3.3. Gánh nặng đau trong 72 giờ đầu

Điểm đau trung bình khi nghỉ tại các thời điểm 6, 24, 48 và 72 giờ lần lượt là 5,70 ± 1,59; 5,82 ± 1,21; 5,27 ± 1,24 và 4,38 ± 1,34. Điểm đau trung bình khi hoạt động tại các thời điểm tương ứng lần lượt là 5,99 ± 1,33; 5,66 ± 1,25; 5,57 ± 1,23 và 5,53 ± 1,26 (Bảng 3).

Bảng 3. Điểm đau khi nghỉ và khi hoạt động theo thời điểm sau phẫu thuật

Trạng thái đau	Thời điểm	Trung bình ± SD	Trung vị [IQR]	Đau nhẹ n (%)	Đau trung bình n (%)	Đau nặng n (%)
Khi nghỉ	6 giờ	5,70 ± 1,59	6 [4–6]	1 (0,9)	95 (81,2)	21 (17,9)
Khi nghỉ	24 giờ	5,82 ± 1,21	6 [5–6]	0 (0,0)	99 (84,6)	18 (15,4)
Khi nghỉ	48 giờ	5,27 ± 1,24	5 [4–6]	2 (1,7)	104 (88,9)	11 (9,4)
Khi nghỉ	72 giờ	4,38 ± 1,34	4 [3–6]	32 (27,4)	81 (69,2)	4 (3,4)
Khi hoạt động	6 giờ	5,99 ± 1,33	6 [6–6]	2 (1,7)	91 (77,8)	24 (20,5)
Khi hoạt động	24 giờ	5,66 ± 1,25	6 [4–6]	2 (1,7)	101 (86,3)	14 (12,0)
Khi hoạt động	48 giờ	5,57 ± 1,23	6 [4–6]	2 (1,7)	103 (88,0)	12 (10,3)
Khi hoạt động	72 giờ	5,53 ± 1,26	6 [4–6]	2 (1,7)	103 (88,0)	12 (10,3)

Tỷ lệ đau nặng khi nghỉ giảm từ 17,9% tại 6 giờ xuống 3,4% tại 72 giờ; tỷ lệ đau nặng khi hoạt động giảm từ 20,5% xuống 10,3%. Kết quả cho thấy đau khi hoạt động vẫn còn hiện diện ở một bộ phận người bệnh tại thời điểm 72 giờ.

3.4. Kiểu đau nặng và các biến mô tả về thực hành quản lý đau

Có 43/117 người bệnh (36,8%) có đau nặng sớm; trong đó, 23,9% có đau nặng khi nghỉ và 20,5% có đau nặng khi hoạt động. Trong số 43 người bệnh này, 19 người chỉ có đau nặng khi nghỉ, 15 người chỉ có đau nặng khi hoạt động và 9 người có đau nặng ở cả hai trạng thái (Bảng 4).

Bảng 4. Các kiểu đau nặng trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật

Kiểu đau nặng	n	%
Đau nặng gộp: khi nghỉ hoặc khi hoạt động	43	36,8
Đau nặng khi nghỉ	28	23,9
Đau nặng khi hoạt động	24	20,5
Chỉ đau nặng khi nghỉ	19	16,2
Chỉ đau nặng khi hoạt động	15	12,8
Cả đau nặng khi nghỉ và khi hoạt động	9	7,7
Không đau nặng	74	63,2

Đau nặng được định nghĩa là điểm đau ≥7 tại 6 hoặc 24 giờ sau phẫu thuật.

Bảng 5 trình bày các biến mô tả từ hồ sơ bệnh án, gồm đau nặng sớm ở 36,8% người bệnh, điểm đau khi hoạt động tại 72 giờ là 5,53 ± 1,26, sử dụng opioid ở 93,2%, sử dụng NSAID ở 9,4%, không ghi nhận phong bế thần kinh ngoại biên, chườm lạnh ở 92,3% và khả năng đi lại trong 72 giờ ở 65,8%.

Bảng 5. Các biến mô tả về thực hành quản lý đau từ hồ sơ bệnh án

Biến mô tả	Giá trị
Đau nặng trong 24 giờ đầu	43/117 (36,8%)
Điểm đau khi hoạt động tại 72 giờ, trung bình ± SD	5,53 ± 1,26
Đau nặng khi hoạt động tại 72 giờ	12/117 (10,3%)
Sử dụng opioid theo mã hóa dữ liệu nguồn	109/117 (93,2%)
Sử dụng NSAID	11/117 (9,4%)
Không ghi nhận phong bế thần kinh ngoại biên	117/117 (100,0%)
Chườm lạnh	108/117 (92,3%)
Đi lại được trong 72 giờ đầu	77/117 (65,8%)

Dữ liệu không bao gồm liều và thời điểm sử dụng thuốc, liều opioid tương đương morphine, quãng đường đi lại, mức độ hỗ trợ hoặc dụng cụ hỗ trợ vận động.

Trong phân tích hồi quy đa biến mang tính thăm dò, BMI cao hơn có mối liên quan với đau nặng sớm (OR hiệu chỉnh 1,24 cho mỗi 1 kg/m^2; KTC 95%: 1,07–1,43; p=0,003). Tiền sử cơ xương khớp cũng có mối liên quan với đau nặng sớm (OR hiệu chỉnh 3,39; KTC 95%: 1,30–8,81; p=0,012), trong khi việc ghi nhận sử dụng tramadol có mối liên quan nghịch với đau nặng sớm (OR hiệu chỉnh 0,29; KTC 95%: 0,09–0,96; p=0,043). Giới nam, tuổi và việc ghi nhận sử dụng opioid không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Diện tích dưới đường cong ROC của mô hình là 0,748 (Bảng 6).

Bảng 6. Hồi quy logistic đa biến thăm dò các yếu tố liên quan đến đau nặng sớm

Biến	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Tuổi, mỗi 1 năm tăng	1,41	0,50–4,02	0,517
BMI, mỗi 1 kg/m^2 tăng	1,00	0,97–1,03	0,944
BMI, mỗi 1 kg/m^2	1,24	1,07–1,43	0,003
Ghi nhận sử dụng tramadol	3,39	1,30–8,81	0,012
Ghi nhận sử dụng opioid	0,29	0,09–0,96	0,043
Ghi nhận sử dụng opioid	0,52	0,11–2,54	0,418

Mô hình gồm 117 trường hợp; AUC=0,748; AIC=146,21; log-likelihood=-66,11. Do số biến cố còn hạn chế và không có thông tin về thời điểm sử dụng thuốc so với thời điểm xuất hiện đau nặng, các ước lượng chỉ mang tính thăm dò và cần được diễn giải thận trọng. OR: odds ratio; KTC: khoảng tin cậy.

4. BÀN LUẬN

Người bệnh sau thay khớp háng toàn phần tại bệnh viện tuyến cuối vẫn chịu gánh nặng đau đáng kể: 36,8% có đau nặng trong 24 giờ đầu và đau khi hoạt động vẫn ở mức trung bình tại thời điểm 72 giờ. Kết quả này củng cố nhận định rằng đau sau phẫu thuật cần được đánh giá trong bối cảnh chức năng, thay vì chỉ dựa trên một điểm số đơn lẻ.

Dữ liệu về thuốc phản ánh thực hành chăm sóc thường quy. Mặc dù 93,2% người bệnh sử dụng từ hai nhóm thuốc giảm đau trở lên, biến opioid ở 93,2% chỉ là biến mã hóa, không có thông tin về hoạt chất, liều, đường dùng hoặc thời điểm sử dụng và có thể chồng lấp với tramadol. Tỷ lệ sử dụng NSAID thấp và việc không ghi nhận phong bế thần kinh ngoại biên chưa đủ để kết luận về mức độ phù hợp với khuyến cáo vì dữ liệu không phản ánh chống chỉ định, quyết định lâm sàng hoặc nguồn lực thực tế.

Việc phân biệt đau khi nghỉ và đau khi hoạt động giúp mô tả rõ hơn bối cảnh xuất hiện đau. Tuy nhiên, do thiếu thông tin về thuốc, thời điểm vận động và tái đánh giá đau, nghiên cứu chưa thể xác định nguyên nhân của từng kiểu đau hoặc đề xuất điều chỉnh điều trị.

Bệnh viện tuyến cuối tiếp nhận người bệnh có chỉ định phẫu thuật đa dạng; do đó, quy trình kiểm soát đau và phục hồi cần được chuẩn hóa nhưng vẫn phù hợp với từng nhóm chỉ định. Một hệ thống ghi nhận thực hành nên bao gồm điểm đau khi nghỉ và khi hoạt động, loại hoạt động gây đau, thời điểm sử dụng thuốc, kết quả tái đánh giá và mức độ hỗ trợ vận động.

BMI cao hơn và tiền sử cơ xương khớp được mã hóa rộng có mối liên quan với đau nặng sớm. Tuy nhiên, tiền sử cơ

xương khớp không phải là một chẩn đoán chuẩn hóa nên chưa thể xác định bệnh lý cụ thể liên quan. Việc ghi nhận sử dụng tramadol có mối liên quan nghịch với đau nặng sớm; tuy nhiên, không thể diễn giải kết quả này như tác dụng bảo vệ của tramadol vì nghiên cứu không có thông tin đầy đủ về liều, thời điểm sử dụng, chỉ định điều trị hoặc mức đau ngay trước khi dùng thuốc. Sai lệch do chỉ định và nhiễu còn sót lại không thể loại trừ được.

Hàm ý thực hành của nghiên cứu là cần chuyển từ việc ghi nhận điểm đau đơn lẻ sang ghi nhận đau trong bối cảnh chăm sóc, bao gồm phân biệt đau khi nghỉ và khi hoạt động, ghi loại hoạt động đi kèm, thời điểm sử dụng thuốc, kết quả tái đánh giá và dữ liệu vận động. Điều dưỡng, giáo dục người bệnh và phối hợp liên chuyên khoa cũng giữ vai trò quan trọng [10].

Các biến như đau nặng sớm, đau khi hoạt động, sử dụng nhiều nhóm thuốc, tái đánh giá và vận động sớm chỉ nên được sử dụng để theo dõi nội bộ sau khi có định nghĩa và quy trình chuẩn hóa. Các kết quả trình bày trong Bảng 5 chỉ mô tả dữ liệu sẵn có, không phải là đánh giá chất lượng chăm sóc hoặc hiệu quả điều trị.

Nghiên cứu có một số hạn chế như nghiên cứu đơn trung tâm, sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không có nhật ký sàng lọc; mẫu nghiên cứu tương đối trẻ, nam giới chiếm ưu thế và chỉ định phẫu thuật không đồng nhất. Loại hoạt động đi kèm điểm đau không được chuẩn hóa hoặc ghi nhận riêng. Biến opioid thiếu thông tin về hoạt chất, liều, đường dùng và thời điểm sử dụng, đồng thời có thể chồng lấp với tramadol. Bộ dữ liệu chưa bao gồm mức đau trước phẫu thuật, phân loại ASA, chức năng trước phẫu thuật, yếu tố tâm lý, mục đích sử dụng thuốc và một số thông tin phục hồi chức năng. Biến tiền sử cơ xương khớp được mã hóa rộng, không phải là chẩn đoán chuẩn hóa. Do đó, các mối liên quan từ mô hình hồi quy chỉ mang tính thăm dò và không cho phép suy luận nhân quả.

5. KẾT LUẬN

Trong 72 giờ đầu sau thay khớp háng toàn phần tại bệnh viện tuyến cuối, hơn một phần ba người bệnh có đau nặng sớm và mức đau khi hoạt động vẫn ở mức trung bình. Kết quả cho thấy cần chuẩn hóa việc ghi nhận loại hoạt động đi kèm điểm đau, thông tin sử dụng thuốc, kết quả tái đánh giá và dữ liệu vận động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-1982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.

[2] Anger M, Valovska T, Beloeil H, Lirk P, Joshi GP, Van de Velde M, et al. PROSPECT guideline for total hip arthroplasty: A systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. Anaesthesia. 2021;76(8):1082-1097. doi:10.1111/anae.15498.

[3] Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, Yates P, et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Acta Orthop. 2020;91(1):3-19. doi:10.1080/17453674.2019.1683790.

[4] El-Boghdadly K, Levy NA, Fawcett WJ, Knaggs RD, Laycock H, Baird E, et al. Peri-operative pain management in adults: A multidisciplinary consensus statement from the Association of Anaesthetists and the British Pain Society. Anaesthesia. 2024;79(11):1220-1236. doi:10.1111/anae.16391.

[5] Gilron I, Lao N, Carley M, Camiré D, Kehlet H, Brennan TJ, et al. Movement-evoked pain versus pain at rest in postsurgical clinical trials, and in meta-analyses: An updated systematic review. Anesthesiology. 2024;140(3):442-449. doi:10.1097/ALN.0000000000004850.

[6] Baamer RM, Iqbal A, Lobo DN, Knaggs RD, Toh LS. Utility of unidimensional and functional pain assessment tools in adult postoperative patients: A systematic review. Br J Anaesth. 2022;128(5):874-888. doi:10.1016/j.bja.2021.11.032.

[7] von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. PLoS Med. 2007;4(10):e296. doi:10.1371/journal.pmed.0040296.

[8] Vittinghoff E, McCulloch CE. Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. Am J Epidemiol. 2007;165(6):710-718. doi:10.1093/aje/kwk052.

[9] Zhang B, Rao S, Mekkawy KL, Rahman R, Sarfraz A, Hollifield L, et al. Risk factors for pain after total hip arthroplasty: A systematic review. Arthroplasty. 2023;5(1):19. doi:10.1186/s42836-023-00172-9.

[10] Dang H, Stafseth SK. Documentation for assessing pain in postoperative pain management pre- and post-intervention. J Perianesth Nurs. 2023;38(1):88-95. doi:10.1016/j.jopan.2022.05.079.