

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM CHO BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG DO GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2021 - 2022

BSCKII. Vũ Xuân Triền<sup>1</sup>, TS. Đỗ Chí Hùng<sup>2</sup>, TS. Nguyễn Hoài Nam<sup>3</sup>,  
CN. Đỗ Hồng Châu<sup>4</sup>, ThS. Nguyễn Trường Nam<sup>5</sup>, ThS. Mai Lê Huyền<sup>6</sup>,  
KTV. Hoàng Kim Hoàn<sup>7</sup>, KTV. Lê Thị Thuần<sup>8</sup>

<sup>1,5,6,7,8</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Trường Đại học Hòa Bình

Tác giả liên hệ: drxuantrien84@gmail.com

Ngày nhận: 08/11/2024

Ngày nhận bản sửa: 24/11/2024

Ngày duyệt đăng: 24/12/2024

## Tóm tắt

Phục hồi chức năng sớm sau mổ thay khớp háng được chứng minh là có hiệu quả và góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống. Tìm hiểu về đặc điểm lâm sàng và kết quả phục hồi chức năng ở những bệnh nhân sau phẫu thuật cung cấp cái nhìn toàn diện về điều trị, tiên lượng bệnh và giảm thời gian nằm viện nội trú.

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau mổ thay khớp háng do gãy cổ xương đùi.

**Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, so sánh kết quả trước và sau điều trị, tiến hành khảo sát 73 người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng được điều trị phục hồi chức năng tại Bệnh viện E từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2022.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là  $78,75 \pm 8,5$ , cao nhất là 99 tuổi, đa số không hút thuốc và uống rượu, bệnh lý mạn tính chiếm tỉ lệ cao nhất là thoái hoá khớp - loãng xương (75,3%), thấp nhất là tai biến mạch máu não (TBMMN) (9,6%). Kết quả sau can thiệp đều có cải thiện về số ngày nằm viện, điểm đau (VAS), hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL), tầm vận động khớp háng, và sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Sự cải thiện chung hầu hết ở mức tốt (61,6%).

**Kết luận:** Bước đầu xác định hiệu quả tích cực và vai trò quan trọng khi can thiệp điều trị phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng do gãy cổ xương đùi.

**Từ khóa:** Phục hồi chức năng, thay khớp háng.

## Results of the Early Rehabilitation Treatment for Patients after Hip Replacement Surgery due to Femoral Neck Fracture at E Hospital in 2021 - 2022

Specialist level 2 Doctor. Vu Xuan Trien<sup>1</sup>, Dr. Do Chi Hung<sup>2</sup>, Dr. Nguyen Hoai Nam<sup>3</sup>,

Do Hong Chau<sup>4</sup>, MA. Nguyen Truong Nam<sup>5</sup>, MA. Mai Le Huyen<sup>6</sup>,

Technician. Hoang Kim Hoan<sup>7</sup>, Technician. Le Thi Thuan<sup>8</sup>

<sup>1,5,6,7,8</sup>E Hospital

<sup>2</sup>University of Medicine and Pharmacy – Vietnam National University Ha Noi

<sup>3</sup>Ha Noi Medical University

<sup>4</sup>Hoa Binh University

Corresponding Authors: drxuantrien84@gmail.com

**Abstract**

Early rehabilitation after hip replacement has been proven effective and contributes to improved quality of life. Understanding the clinical features and outcomes of rehabilitation in patients after surgery provides a comprehensive view of treatment, disease prognosis, and reduction of inpatient stay.

**Objectives:** Evaluate results of rehabilitation treatment on patients after hip replacement surgery due to femoral neck fracture.

**Subjects, methods:** Intervention study, comparing results before and after treatment, survey of 73 patients after hip replacement surgery treated by rehabilitation at E hospital from July 2021 to July 2022.

**Results:** The average age is  $78,75 \pm 8,5$  years old, the oldest is 99 years old, the majority did not smoke and drink alcohol, the highest rate of chronic disease is osteoarthritis - osteoporosis (75,3%), lowest is stroke (9,6%). Post-intervention results were all improved in terms of hospital stay, pain score (VAS), activities of daily living (ADL), hip's rank of motion, and the difference was statically significant ( $p < 0,05$ ). Overall improvement is mostly good (61,6%).

**Conclusions:** The first step is to determine the positive effect and important role in early rehabilitation treatment for patients after hip replacement surgery due to femoral neck fracture.

**Key words:** Rehabilitation, Hip replacement.

**Đặt vấn đề**

Trên thế giới, thay khớp háng đã được tiến hành vào thập kỷ những năm 60, nhằm giúp bệnh nhân giảm đau, gia tăng tầm vận động của khớp và nâng cao chất lượng cuộc sống [1]. Thay khớp háng là một phương pháp chỉnh hình phổ biến khi điều trị bảo tồn bị thất bại. Tại Mỹ, có khoảng 2,5 triệu người (trong đó, có 1,4 triệu phụ nữ và 1,1 triệu nam giới) đang sống hằng ngày với khớp háng nhân tạo [2].

Phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng được chứng minh là có hiệu quả và góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [3]. Do đó, việc tìm hiểu một số yếu tố lâm sàng liên quan đến bệnh nhân và kết quả điều trị can thiệp phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng là rất quan trọng [4].

Tại Bệnh viện E, điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau mổ thay khớp háng đã được tiến hành từ lâu, tuy nhiên, nghiên cứu về kết quả điều trị gì trên đối tượng này thì chưa có. Để tìm hiểu và có cái nhìn hệ thống, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng do gãy cổ xương đùi.

**1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu****1.1. Đối tượng nghiên cứu**

73 bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng do gãy cổ xương đùi điều trị nội trú tại

Khoa Chấn thương chỉnh hình (A9), Khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình và y học thể thao (A8) và Khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện E trong thời gian từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2022.

**1.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Những bệnh nhân sau mổ thay khớp háng lần đầu do gãy cổ xương đùi.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Những bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật tại khớp háng để điều trị bệnh bao gồm cả thay khớp háng: Viêm hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, trật khớp háng.
- Một số bệnh lý như: Viêm khớp háng nhiễm khuẩn, lao khớp háng, khối u vùng khớp háng, áp xe khớp háng.
- Những bệnh nhân không còn khả năng đi lại, nằm hoàn toàn tại chỗ.
- Bệnh nhân có các bệnh lý gây co rút hoặc hạn chế vận động khớp gối.
- Bệnh nhân có các rối loạn về tâm thần, hoặc có các bệnh lý động kinh, rối loạn chức năng thần kinh vận động.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**1.2. Phương pháp nghiên cứu****1.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu can thiệp, so sánh kết quả trước và sau điều trị. Cỡ mẫu toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

1.2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Các thông tin được thu thập vào bệnh án nghiên cứu bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh lý, thói quen sinh hoạt, đặc điểm lâm sàng, ngày bắt đầu tập phục hồi chức năng...

- Bệnh nhân vào viện được hỏi bệnh, khám lâm sàng và ghi nhận các triệu chứng trong quá trình điều trị, cũng như các biến chứng.

- Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được

điều trị trực tiếp bởi nhóm nghiên cứu (kỹ thuật viên (KTV), bác sĩ phục hồi chức năng (PHCN)) thông qua bài tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau mổ thay khớp háng của Hiệp hội Chấn thương chỉnh hình Mỹ (AAOS) và được chuẩn hoá bởi Bộ Y tế.

- Đánh giá hoạt động hằng ngày thông qua 6 mục (Ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, chăm sóc bản thân, khả năng đi lại, tắm rửa).

TT	Phân loại ADL	Tổng số (điểm)
1	Độc lập hoàn toàn	5 - 6
2	Hạn chế hoạt động mức trung bình	3 - 4
3	Hạn chế hoạt động mức độ nặng	1 - 2

Điểm cải thiện ADL ( $\bar{X} \pm SD$ ) được tính dựa theo phân bố điểm của hiệu số (Điểm ADL trước can thiệp - Điểm ADL khi ra viện).

- Thang điểm đau (VAS) khớp háng trước và sau điều trị phục hồi chức năng:

Đánh giá tình trạng đau khớp háng dựa vào thang điểm VAS (Visual Analogue Scale), chia làm 4 mức: đau nhẹ, đau vừa, đau nặng và đau rất nặng.

Điểm cải thiện VAS ( $\bar{X} \pm SD$ ) được tính dựa theo phân bố điểm của hiệu số (Điểm VAS trước can thiệp - Điểm VAS khi ra viện).

- Tâm vận động (ROM) khớp háng được thay:

Dùng thước đo độ góc theo tiêu chuẩn quy định đo tại 2 thời điểm: Trước khi can thiệp và khi ra viện, gồm: Gập, duỗi, dạng, xoay ngoài.

Mức độ sai số là 5 độ.

Điểm cải thiện về ROM ( $\bar{X} \pm SD$ ) được tính theo sự phân bố của tổng các hiệu số tâm vận động gập, duỗi, dạng và xoay ngoài (Tính bằng độ) tại 2 thời điểm lấy mẫu được quy ra 4 mức điểm cụ thể

là: 0 điểm: Tổng các hiệu số theo ROM tăng trước can thiệp và khi ra viện từ 0 - 24 độ; 1 điểm: ROM tăng từ 25 - 50 độ; 2 điểm: từ 51 - 75 điểm; 3 điểm:  $\geq 76$  điểm.

- Kết quả điều trị chung sau can thiệp phục hồi chức năng:

Kết quả điều trị PHCN chung được tính dựa vào sự phân bố của tổng điểm cải thiện của 3 mục (VAS + ADL + ROM) và phân loại theo 2 mức độ sau:

Tốt: Tổng điểm cải thiện là 7 - 14 điểm.

Trung bình: Tổng điểm cải thiện phân bố từ: 5 - 7 điểm.

1.2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu và phân tích bằng SPSS 20.0.

1.2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện E.

2. Kết quả

2.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2.1. Phân bố tuổi, giới trong nhóm đối tượng nghiên cứu

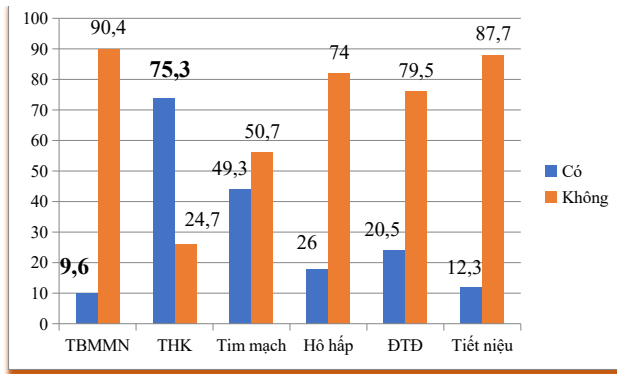
Tuổi \ Giới	Nam		Nữ	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 80	20	44,5	24	54,5
81 - 84	4	44,4	5	55,6
85 - 89	5	41,7	7	58,3
≥ 90	4	50,0	4	50,0
Tổng	33	45,2	40	54,8
	<b>78,75 ± 8,50</b>			
	Min		63	
	Max		99	

Nhận xét: Tuổi trung bình là 78,75 ± 8,5, lớn nhất là 99, nhỏ nhất là 63. Tỷ lệ nữ cao hơn nam ở hầu hết các lứa tuổi. Độ tuổi từ 90 thì nam và nữ ngang nhau.

**Bảng 2.2.** Đặc điểm lối sống của đối tượng nghiên cứu

Các biến số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc	Có	15	20,5
	Không	58	79,5
Uống rượu	Có	15	20,5
	Không	58	79,5

*Nhận xét:* Hầu hết người bệnh sau thay khớp háng đều không có thói quen hút thuốc và uống rượu với tỷ lệ đều là 79,5%.



**Biểu đồ 2.2.** Tiền sử mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

*Nhận xét:* Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là thoái hoá khớp (75,3%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là TBMMN (9,6%).

**2.2. Kết quả điều trị phục hồi chức năng sau mổ thay khớp háng**

**Bảng 2.3.** Số ngày nằm viện trung bình theo giới

Giới tính (n)	TB ± ĐLT	Min	Max
Nam (33)	11,45 ± 2,41	7	17
Nữ (40)	11,55 ± 2,20	8	15

*Nhận xét:* Số ngày nằm điều trị nội trú trung bình của nam và nữ gần như là ngang nhau (11,45 ± 2,41 và 11,55 ± 2,20), cao nhất là 17 ngày, thấp nhất là 7 ngày.

**Bảng 2.4.** Sự thay đổi điểm đau (VAS) trước và sau can thiệp

Thời gian	TB ± ĐLT	P	KTC
Trước can thiệp	7,23 ± 1,31	0,0001	4,81 ; 5,38
Khi ra viện	2,14 ± 1,12		
<b>Cải thiện</b>	<b>5,09 ± 0,14</b>		

*Nhận xét:* Điểm đau trung bình sau can thiệp giảm (từ 7,23 ± 1,31 xuống 2,14 ± 1,12), điểm cải thiện giảm 5,09 ± 0,14 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

**Bảng 2.5.** Sự thay đổi hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL)

Thời gian	TB ± ĐLT	P	KTC
Trước can thiệp	1,79 ± 0,91	0,0001	-2,66 ; -2,42
Khi ra viện	4,25 ± 0,99		
<b>Cải thiện</b>	<b>2,45 ± 0,11</b>		

*Nhận xét:* Có sự cải thiện về ADL sau can thiệp (tăng từ 1,79 ± 0,912 lên 4,25 ± 0,997 điểm), điểm cải thiện tăng 2,45 ± 0,11 điểm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

**Bảng 2.6.** Sự thay đổi tầm vận động khớp háng

ROM	Thời điểm	TB ± DLT	t	p
Gấp	Trước can thiệp	49,08 ± 21,09	-15,206	0,0001
	Khi ra viện	83,32 ± 6,86		
Duỗi	Trước can thiệp	7,25 ± 5,20	-16,877	0,0001
	Khi ra viện	11,86 ± 5,19		
Dạng	Trước can thiệp	16,71 ± 6,54	-15,783	0,0001
	Khi ra viện	24,73 ± 5,03		
Xoay ngoài	Trước can thiệp	13,41 ± 7,39	-16,143	0,0001
	Khi ra viện	21,11 ± 6,53		
<b>Cải thiện ROM</b>		<b>1,51 ± 0,11</b>		

*Nhận xét:* Mức độ vận động của khớp háng đều gia tăng theo các tầm, điểm cải thiện tăng 1,51 ± 0,11 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 2.7.** Đặc điểm về mức độ cải thiện chung sau can thiệp

Mức độ cải thiện	n	%
<b>Tốt</b>	<b>45</b>	<b>61,6</b>
Trung bình	28	38,4
<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Mức độ cải thiện chung sau can thiệp hầu hết mở mức tốt, chiếm tỉ lệ 61,6%, cải thiện ở mức trung bình chỉ chiếm 38,4%.

### 3. Bàn luận

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

##### - Về tuổi:

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trừ tuổi từ 90 trở lên là tỉ lệ nam và nữ ngang nhau, còn lại mọi lứa tuổi trở xuống, tỉ lệ nữ đều cao hơn nam. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Dudkiewicz I và cộng sự. Tuổi cao nhất tham gia nghiên cứu là 99 và độ tuổi trung bình là  $78,75 \pm 8,50$ ; kết quả này khác với một số tác giả trên thế giới khi họ cho rằng độ tuổi gãy cổ xương đùi ở mức trẻ hơn. Nghiên cứu của Won Sik Choy và cộng sự năm 2010 cho thấy tuổi cao nhất chỉ là 85 tuổi [1], [5].

##### - Về giới:

Giới tính có mối liên quan mật thiết đến kết quả PHCN sau mổ thay khớp háng. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả còn chưa thống nhất cao. Điều này tùy thuộc vào bệnh lý mắc phải của từng cá thể riêng lẻ và tuổi tác [1].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, giới tính ở các độ tuổi dưới 90 thì nữ chiếm tỉ lệ cao hơn nam. Kết quả này có sự khác biệt với một số tác giả trên thế giới.

Nghiên cứu của Garino JP và cộng sự (2010) cho thấy, tỉ lệ nam mổ thay khớp háng là nhiều hơn (chiếm 60%), tuy nhiên, kết quả phục hồi lại tốt hơn trên giới nữ trên 85 tuổi [3].

##### - Đặc điểm về lối sống:

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đa số người bệnh đều không hút thuốc và uống rượu. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thấp hơn một số nghiên cứu của các tác giả, nguyên nhân có thể do tập quán sinh hoạt khác nhau.

##### - Các bệnh lý kết hợp [5]:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tiền sử mắc bệnh lý mạn tính thì thoái hoá khớp, loãng xương đứng vị trí cao nhất với 75,3%, thấp nhất là bệnh lý TBMMN với tỉ lệ 9,6%, tim mạch 49,3%, đái tháo đường 20,5%. Kết quả này tương đồng với kết quả của rất nhiều tác giả.

Won Sik Choy và cộng sự đã nghiên cứu và báo cáo khi nghiên cứu 40 trường hợp bệnh nhân cũng có tỷ lệ mắc bệnh tim mạch và tiểu đường với tỷ lệ cao nhất trong các nhóm bệnh, chiếm tỷ lệ lần lượt là 45% và 27,5% [5]. Jung-Yun Choi và cộng sự sau nghiên cứu đã chỉ ra tỷ lệ mắc bệnh tim mạch kèm theo là 61,54%, bệnh tiểu đường là 27,7% [6].

### 3.2. Kết quả điều trị phục hồi chức năng sau mổ thay khớp háng

- Về số ngày nằm viện:

Số ngày nằm viện trung bình theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu gần đây của tác giả Nguyễn Đình Hiếu và cộng sự tiến hành trên người bệnh thay khớp háng do gãy cổ xương đùi, sau đó, được can thiệp PHCN sớm (có thể ngay ngày thứ 2 sau phẫu thuật) tại Bệnh viện E là  $14,69 \pm 3,21$  ngày [7].

Năm 2017, Chang Hyun Cho nghiên cứu thời gian nằm viện trung bình của nhóm thay khớp toàn phần là 16,2 ngày, còn nhóm thay khớp bán phần là 20,5 ngày [8]. Toàn bộ bệnh nhân đều nằm điều trị không có sự điều trị PHCN sớm. Kết quả số ngày điều trị nội trú này là cao hơn kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi.

- Cải thiện về điểm VAS can thiệp [4]:

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đều có sự cải thiện về điểm đau sau can thiệp ( $p < 0,05$ ).

Kết quả nghiên cứu của Francis Fatoye và cộng sự [4] cho thấy rằng, khi các bệnh nhân được điều trị sớm ngay sau mổ thay khớp háng và kéo dài ít nhất trong 2 tuần đến 12 tháng sau đó đều cải thiện về mặt giảm đau, gia tăng cơ lực vùng hông, cải thiện tầm vận động khớp, giảm thời gian nằm viện, nâng cao chất lượng cuộc sống và nhanh chóng được trở lại với công việc thường ngày. Robert B. Bartelt MD [9] và cộng sự theo dõi trên 347 bệnh nhân mổ thay khớp háng từ 12-24 tháng cho kết quả: Ở nhóm thay khớp háng toàn bộ thông thường thì tỷ lệ đau là 7%, còn ở nhóm thay bề mặt khớp háng thì tỷ lệ đau là 18%, trong đó, có mối liên quan chặt chẽ giữa đau với tuổi, giới và chỉ số BMI của bệnh nhân [6].

- Cải thiện về ADL:

Hoạt động sinh hoạt hằng ngày theo kết quả của chúng tôi đều có sự cải thiện và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Nghiên cứu của Bente Holm và cộng sự tiến hành can thiệp điều trị PHCN sau mổ thay khớp háng trên 35 bệnh nhân nằm nội trú tại Bệnh viện Đại học Copenhagen, Đan Mạch cho thấy các hoạt động sinh hoạt hằng ngày

của bệnh nhân đều được cải thiện ở ngày điều trị thứ 8 (với  $p < 0,014$ ) [7].

Cải thiện về ROM:

Tầm vận động khớp háng theo kết quả của chúng tôi đều được cải thiện với  $p < 0,05$ .

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra vai trò quan trọng của PHCN sau mổ thay khớp háng toàn bộ. Sức mạnh cơ có một vai trò quan trọng trong kết quả PHCN khớp háng. Mặc dù tuổi và khả năng vận động có sự ảnh hưởng nhất định tới sức mạnh cơ, nhưng ngược lại, sức mạnh cơ cũng ảnh hưởng tới khả năng vận động sau mổ. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng tập luyện sớm và tập có kháng trở là một cách hiệu quả để tăng cường sức mạnh cơ ở các bệnh nhân sau phẫu thuật, đặc biệt là những người cao tuổi. Tập luyện tốt có thể làm thay đổi rõ cấu trúc của sợi cơ, tăng kích thước của sợi cơ, làm cho sợi cơ trở nên giống như cơ của những người trẻ khỏe mạnh [4].

Một số nghiên cứu liên quan đến gia tăng tầm vận động khớp, đặc biệt là gập khớp háng, như nghiên cứu của Jan và cộng sự [11], nghiên cứu của Umpierres và cộng sự [2] với  $p < 0,007$  và CI 95%. (Gập,  $p < 0,001$ ; duỗi,  $p < 0,001$ ...).

Kết quả điều trị chung sau can thiệp phục hồi chức năng:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Francis Fatoye [4] khi cho rằng kết quả tốt ở hầu hết đều đạt mức tốt sau 1 tháng là trên 60%. Điều này càng cho thấy giá trị của tập PHCN sớm cho người bệnh.

### 4. Kết luận

- Tuổi trung bình  $78,75 \pm 8,50$ , tỉ lệ nữ > nam, đa số không hút thuốc, uống rượu, tiền sử thoái hóa khớp chiếm 90,4%.

- Số ngày nằm viện khoảng 12 ngày, như nhau ở các độ tuổi.

- Điểm VAS giảm sau can thiệp, ADL tăng và ROM tăng ( $p < 0,05$ ).

- Sự cải thiện chung hầu như ở mức tốt (61,6%).

- Điểm VAS giảm sau can thiệp, ADL tăng và ROM tăng ( $p < 0,05$ ).

- Sự cải thiện chung hầu như ở mức tốt (61,6%).



**Tài liệu tham khảo**

- [1] Dudkiewicz I et al., "Total hip arthroplasty after avascular necrosis of the femoral head: does etiology affect the results?," *Arch Orthopaedics Trauma Surgery*, Vol. 24, No. 2, pp. 82-5, 2004.
- [2] Umpierres A, Ribeiro TA, Marchisio AE, et al., "Rehabilitation following total hip arthroplasty evaluation over short follow-up time: randomized clinical trial," *J Rehabil Res Dev*, Vol. 51, No. 10, 2014.
- [3] Garino JP and Steinberg ME, "Total hip arthroplasty in patients with avascular necrosis of the femoral head: a 2- to 10-year follow-up", *Clin Orthop Relat Res.*, Vol. 334, pp. 108-115, 1997.
- [4] Francis Fatoye, Wright, J. M., "Clinical and cost-effectiveness of physiotherapy interventions following total hip replacement: a systematic review and meta-analysis", *Rheumatol Int*, Vol. 40, No. 9, p. 1385-1398, 2020.
- [5] Won Sik Choy, Jae Hoon Ahn, Joon-Hyuk Ko, et al., "Cementless bipolar hemiarthroplasty for unstable intertrochanteric fractures in elderly patients", *Clinics in orthopedic surgery*, Vol. 2, No. 4, pp. 221-226, 2010.
- [6] Choi JY, Sung YB and Kim JH, "Comparative Study of Bipolar Hemiarthroplasty for Femur Neck Fractures Treated with Cemented versus Cementless Stem", *Hip Pelvis*, Vol. 28, No. 4, pp. 208-216, 2016.
- [7] N. Đ. Hiếu, "Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bệnh nhân trên 70 tuổi bằng phương pháp thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng", Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2018.
- [8] Chang-Hyun Cho, Sang-Hyup Yoon, Shin-Yoon Kim, "Better functional outcome of salvage THA than bipolar hemiarthroplasty for failed intertrochanteric femur fracture fixation", *Orthopedics*, Vol. 33, No. 10, p. 721, 2010.
- [9] Robert B. Bartelt, Brandon J. Yuan, "The Prevalence of Groin Pain After Metal-on-Metal Total Hip Arthroplasty and Total Hip Resurfacing", *Clin Orthop Relat Res*, Vol. 468, p. 2346-2356, 2010.
- [10] Holm. Bente, Thorborg. Kristian, "Surgery-induced changes and early recovery of hip-muscle strength, leg-press power, and functional performance after fast-track total hip arthroplasty: a prospective cohort study", *PLoS One*, Vol. 8, No. 4, 2013.
- [11] Jan MH, Hung JY, Lin H, et. al, "Effects of a home program on strength, walking speed, and function after total hip replacement", *Arch Phys Med Rehabil*, Vol. 85, No. 12, p. 1943-1951, 2004.