

cho bệnh THA nói riêng và tim mạch nói chung ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của cộng đồng cần được quan tâm và cải thiện.

\* Hoạt động thể lực: Kết quả nghiên cứu có 91,8% người có hoạt động thể lực và 8,2% người không có hoạt động thể lực. Theo nghiên cứu của Trần Văn Sang, nghiên cứu trên đối tượng người cao tuổi tại huyện An Phú, tỉnh An Giang, có mối liên quan giữa đi bộ/xe đạp và tăng huyết áp. Có mối liên quan giữa số ngày đi bộ/xe đạp  $\geq 30$  phút/tuần và tăng huyết áp với  $p < 0,05$ . Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Huỳnh Văn Côn tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang năm 2010 với tỷ lệ người có hoạt động thể lực là 65,6% [1].

\* Tỷ số vòng bụng/vòng mông: Béo bụng là một trong những biểu hiện của béo phì, qua đó lượng chất béo trong cơ thể tích lũy qua nhiều đến mức mà nó gây những ảnh hưởng xấu đến sức khỏe nói chung và bệnh tăng huyết áp nói riêng. Qua nghiên cứu có 28% nam giới có tỷ số vòng bụng/vòng mông  $\geq 0,9$  và 60,7% nữ giới có tỷ số vòng bụng/vòng mông  $\geq 0,85$ .

\* Tiền sử tăng huyết áp gia đình: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21,3% người có tiền sử gia đình tăng huyết áp. Những người có liên quan trong gia đình bao gồm ông nội, cha mẹ ruột, anh chị em ruột. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng (2010) tại tỉnh Hậu Giang có 20,6% người có tiền sử gia đình bị tăng huyết áp, cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Văn Côn tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang năm 2010 tỷ lệ 32,4% [1], [3].

\* Tiền sử đái tháo đường bản thân: Qua nghiên cứu có 4,5% đối tượng có tiền sử bị bệnh đái tháo đường. Kết quả này cao hơn kết quả của Nguyễn Thanh Tùng (2010) tại tỉnh Hậu Giang tỷ lệ 2,8% [5].

#### KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc THA ở Phường Phương Canh,

Quận Nam Từ Liêm, Hà Nội năm 2015 là 29,3%. Tỷ lệ THA mới phát hiện trong lúc khảo sát là 5,5%. Tỷ lệ tăng huyết áp giữa nam giới 29,1% thấp hơn ở nữ giới 29,4%. Tỷ lệ THA có xu hướng giảm dần theo trình độ học vấn. Nhóm người có tỷ lệ THA cao nhất là người m chữ 50%, thấp nhất là nhóm người tốt nghiệp THPT 19,1%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Văn Côn (2010), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người dân từ 30-75 tuổi tại huyện Châu Thành A, tỉnh Hậu Giang", Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Hồng Mùng Hai (2013), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên và kết quả can thiệp tại huyện Phú Tân tỉnh Cà Mau năm 2013", Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y dược Cần Thơ.
3. Trần Phi Hùng (2012), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người dân từ 25-64 tuổi tại quận Ninh Kiều, Thành phố Cần Thơ", Luận văn chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Phạm Thị Tâm, Nguyễn Tấn Đạt & Lê Minh Hữu (2014), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và việc thực hiện theo dõi và điều trị ở người từ 25 tuổi trở lên tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang", Y học thực hành, số 944-2014, trang 312-314.
5. Nguyễn Thanh Tùng (2010), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp ở người lao động và yếu tố liên quan ở tuổi lao động Hậu Giang", Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Nguyễn Lân Việt (2012), "Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp tại công đồng", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ.
7. Cressioni Mabel, Gorina Yelena, Bilheimer Linda & Richard, G. (2010), "Trends in Health Status and Health care Use Among Older Men", National Health Statistics Report, page 5.

## KẾT QUẢ GẮN PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÀN PHÂN VỚI ĐƯỜNG MỔ BÊN NGOÀI TRỰC TIẾP

VŨ NHẤT ĐỊNH, NGUYỄN TRẦN CẢNH TÙNG  
Bệnh viện Quân y 103

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá kết quả gắn của 55 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar với đường mổ bên ngoài trực tiếp tại Bệnh viện 103 từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 4 năm 2016. Kết quả: Đường mổ có kích thước trung bình 9,93  $\pm$  1,5 cm, thời gian phẫu thuật từ 45 - 60 phút, lượng máu

truyền trung bình 636,36  $\pm$  485,51ml. 100% liền vết mổ kỹ đầu. Kết quả X-quang sau mổ chuỗi thẳng trục chiếm 90,9%. 45,5% mất cân bằng chiều dài chi.

Từ khóa: Thay khớp háng bán phần, đường mổ bên ngoài trực tiếp.

**SUMMARY**  
**EARLY RESULTS OF BIPOLAR HEMIARTHROPLASTY SURGERY WITH DIRECT LATERAL APPROACH**

The study evaluated the early results of 55 patients were performed Bipolar hemiarthroplasty with direct lateral approach at 103 Hospital from January 2013 to April 2016. Results: the incision length average: 9.93  $\pm$  1.5 cm, surgery time from 45-60 minutes, the blood transfusion: 636.36  $\pm$  485.51ml. 100% skin heal on the primary period. X-ray results after surgery accounted

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Trần Cảnh Tùng

Địa chỉ: Bệnh viện Quân y 103

Email: bstungbv103@gmail.com

Ngày nhận: 15/7/2016

Ngày phản biện: 10/8/2016

Ngày duyệt bài: 24/8/2016

Ngày xuất bản: 20/9/2016

for 90.9% stem were in neutral position. 45.5% limb length discrepancy.

**Keywords:** Hemiarthroplasty, direct lateral approach.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng là một trong những kỹ thuật hiện đại trong chuyên ngành chấn thương chỉnh hình. Phẫu thuật thay khớp háng ngày càng phát triển mạnh mẽ trên thế giới cũng như tại Việt Nam.

Cùng với sự phát triển của khớp háng nhân tạo là sự phát triển của các đường mổ, từ các đường kinh điển đến các đường mổ cải biến từ chúng. Mỗi đường mổ đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng. Sự lựa chọn đường mổ của các phẫu thuật viên dựa trên rất nhiều yếu tố, trong đó 2 yếu tố quan trọng nhất là kinh nghiệm của phẫu thuật viên và kỹ thuật họ được đào tạo.

Theo báo cáo của National Joint Registry năm 2009 [4], có thể chia đường mổ thay khớp háng làm 4 nhóm chính: đường mổ phía sau (54%), đường mổ phía ngoài (37%), đường mổ phía trước và trước ngoài (3%), đường mổ ngoài cắt khối máu chuyển lớn (1%) và ngoài là nhóm các đường mổ xám lẫn tối thiểu nhất.

Đường mổ phía sau và đường ngoài, với nhiều nghiên cứu ưu nhược điểm của 2 đường mổ này đã được thực hiện, tại Việt Nam, hầu hết nghiên cứu và báo cáo đều sử dụng đường sau.

Nghiên cứu này nhằm: Đánh giá kết quả gần phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar với đường mổ bên ngoài trực tiếp và rút ra nhận xét về ưu nhược điểm của đường mổ này.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 1 - 2013 đến 4 - 2016, 55 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar với đường mổ bên ngoài trực tiếp tại Bệnh viện Quân Y 103. Độ tuổi trung bình  $80,65 \pm 5,625$  (73 - 95 tuổi), trong đó 17 nam, 38 nữ. 30 BN bị gãy cổ xương đùi, 5 BN bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, 20 BN bị gãy liên mấu chuyển. Tất cả BN được một kíp phẫu thuật thực hiện. Đánh giá kết quả gần sau 3 tháng phẫu thuật. Không lựa chọn các trường hợp không đủ X-quang, bệnh án, không kiểm tra được sau phẫu thuật.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**Đường vào khớp:** BN nằm nghiêng về bên đối diện. Đường rạch da ở mặt ngoài mấu chuyển lớn theo trục giữa của đầu trên mặt ngoài xương đùi (hình 1). Rạch cơ căng cần đùi theo đường rạch da. Giải phẫu mặt phân cơ mông nhờ (theo khe 2/3 trước và 1/3 sau). Mở bao khớp phía trước hình chữ T bộc lộ vào khớp háng. Bộc lộ khớp háng với 2 Hohmann ở bờ trước và bờ sau cổ xương đùi. Lấy bỏ chỏm xương đùi bằng dụng cụ chuyên dụng hoặc làm trật khớp (chép, gập và xoay ngoài đùi), cắt bỏ chỏm ở trên đỉnh mấu chuyển nhỏ 10 mm.

Cần thiệp vào đầu trên xương đùi: thả chân ra ngoài bàn, khớp, gập, xoay ngoài đùi, bộc lộ đầu trên xương đùi (hình 1). Ráp tạo khuôn cho chuỗi khớp, lắp chuỗi khớp nhân tạo với góc nghiêng trước 5 - 10°.



Hình 1: Đường rạch da và tư thế chi thể khi làm trật khớp và can thiệp vào đầu trên xương đùi.

Nắn chỉnh lại khớp, khâu phục hồi lại bao khớp, điểm bám của cơ mông nhờ, khâu cơ căng cần đùi, đóng vết mổ.

Sau phẫu thuật, cố định gối duỗi, đùi dạng, xoay trong. Tập ngồi sau phẫu thuật 24 giờ và bắt đầu tập đứng và đi trong phòng sau phẫu thuật 3 ngày.

Đánh giá kết quả gần trong 3 tháng đầu sau phẫu thuật dựa vào diễn biến tại vết mổ, thời gian tập vận động. Các tai biến, biến chứng sớm. Chụp X quang tư thế thẳng đánh giá vị trí của khớp nhân tạo và tình trạng cân bằng chiều dài chi (hình 2).



Hình 2: Đánh giá trực của chuỗi khớp và tình trạng cân bằng chiều dài chi.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đường mổ có kích thước từ 8 - 13cm, trung bình  $9,93 \pm 1,5cm$ . Tỷ lệ đường mổ có kích thước 10cm chiếm đa số (34,5%).

Thời gian phẫu thuật trung bình  $64,73 \pm 12,89$  phút. Đa số các ca phẫu thuật diễn ra trong thời gian từ 45 phút đến 60 phút chiếm 74,5%.

Lượng máu truyền trung bình là  $636,36 \pm 485,51$  ml. Số BN được truyền 500ml chiếm tỷ lệ cao nhất 52,7%.

### Tình trạng vết mổ

100% BN liền vết mổ kỹ đầu, cắt chỉ sau mổ 14 ngày. Tất cả BN đều rút dẫn lưu sau mổ 48h, vì sau 48h chúng tôi không còn thấy chảy máu hoặc dịch qua dẫn lưu. Sau mổ lượng dịch dẫn lưu đều không vượt quá 500ml và không có BN nào có biến chứng chảy máu sau mổ. Có lẽ do thay khớp Bipolar không can thiệp nhiều vào các thành phần giải phẫu, đồng thời đường mổ của chúng tôi vào trực tiếp khớp háng mà

không phải cắt cơ nhiều, trong mổ chúng tôi chủ động cầm máu tất cả các nguồn chảy máu.

#### Phục hồi sau mổ

100% các BN của chúng tôi có thể ngồi dậy sau 24 giờ mà không thấy đau nhiều. Thời gian đứng dậy tập đi trung bình là 8,02 ngày. 87,3% BN có thể đứng dậy tập đi trước 10 ngày. Thường thì nhóm gây liên máu chuyển có thời gian đứng dậy tập đi muộn hơn, khi đứng dậy tập đi sớm. BN rất đau do tổn thương xương và phần mềm rất lớn. Một lý do khác là gây liên máu chuyển thường tổn thương vùng Calcar, đây là điểm tì của chuỗi khớp khi đứng và đi lại. Những trường hợp gây không vững, nhiều mảnh rời, việc kết xương trong mổ bằng các vòng dây thép khó khăn, không đảm bảo độ vững thì cần phải cho BN đứng dậy và tập đi muộn hơn, tránh gây đứt các vòng dây thép, dễ ồ gây ổn định và có can xương. Theo nghiên cứu của Walla. J.P (2011) [7], trong số 25 BN được thay khớp háng bán phần Bipolar điều trị gãy liên máu chuyển ở người cao tuổi, 88% BN có thể đứng dậy tập đi trong 7 - 14 ngày, 8% ở tuần thứ 3 và duy nhất 1 BN ở tuần thứ 4. Đối với kết xương DHS thời gian cho BN đứng dậy tập đi khoảng 6 tuần sau mổ, sau khoảng 10 đến 12 tuần thì BN mới có thể đi bằng 1 nạng, với thời gian này BN được thay khớp có thể đi lại như bình thường trước mổ. Đây là ưu điểm lớn nhất của phương pháp thay khớp háng bán phần cho BN cao tuổi nói chung và gây liên máu chuyển nói riêng.

#### Đánh giá chuỗi khớp

Hầu hết BN đều có kết quả X-Quang sau mổ là tốt với 90,9% chuỗi thẳng trục, 4 BN có chuỗi nghiêng <5°, chỉ có 1 BN nghiêng > 5° là 6,2°. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả nước ngoài.

Nghiên cứu của Mulliken B.D và CS (1998) [3] đánh giá 770 BN được thay khớp háng với đường mổ bên ngoài trực tiếp. Kết quả: chuỗi khớp thẳng trục có 90% trường hợp, 3% chuỗi khớp bị nghiêng trong và 7% chuỗi khớp bị nghiêng ngoài.

Nghiên cứu của William P.B và CS (2013) [5] so sánh ảnh hưởng của đường mổ phía sau và đường mổ phía trước ảnh hưởng đến vị trí của khớp nhân tạo. Đường mổ phía trước thực hiện ở 43 BN và đường mổ phía sau thực hiện cho 44 BN. Kết quả: ở nhóm đường mổ phía trước, chuỗi khớp thẳng trục 98%, không có trường hợp nào chuỗi bị nghiêng ngoài và 2% BN chuỗi bị nghiêng trong. Kết quả ở nhóm được phẫu thuật với đường mổ phía sau: chuỗi khớp thẳng trục 74%, không có trường hợp nào chuỗi bị nghiêng ngoài, 26% BN chuỗi bị nghiêng trong.

Như vậy, cũng như nhận định của các tác giả nước ngoài, chúng tôi thấy với đường mổ bên ngoài trực tiếp, khó khăn trong thì bộc lộ vào đầu trên xương đùi làm ảnh hưởng đến các can thiệp vào xương đùi (ráp và đóng chuỗi). Ở trường hợp ngắn chỉ, căng cơ căng gân đùi, việc nâng đầu trên xương đùi để can thiệp rất cần, càng khó khăn hơn đối với trường hợp gây liên máu chuyển. Thực tế cho thấy, cả 5 trường hợp gây liên máu chuyển. Ở những trường hợp này, chúng tôi chủ động cắt cơ căng gân đùi, thậm chí cả cơ khép nếu như đùi bị khép nhiều.

#### Đánh giá cân bằng chiều dài chi

Có 54,5% chiều dài chi phẫu thuật cân bằng với bên đối diện, 45,5% mất cân bằng chiều dài chi sau phẫu thuật. 9/55 trường hợp (16,4%) chi phẫu thuật bị ngắn hơn và 16/55 trường hợp (29,1%) chi phẫu thuật bị dài hơn so với bên đối diện. Đa phần BN bị dài chi hơn sau phẫu thuật với tỷ lệ dài trung bình là 1,9/1. Độ chênh lệch trung bình là 7,00 ± 3,79 mm. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với một số tác giả nước ngoài.

Theo nghiên cứu của Tejas Yarashi (2010) [6] về tình trạng chênh lệch chiều dài chi sau phẫu thuật thay khớp háng (TKH) bán phần. Kết quả: trong số 44 BN, độ chênh lệch trung bình là 5,6 ± 1,8 mm, ngắn nhất là 5,3mm, dài nhất là 20,7mm.

Khi so sánh với các nghiên cứu khác về chênh lệch chiều dài chi sau phẫu thuật TKH toàn phần như nghiên cứu của Konyvas A. (2005) [2] trên 90 BN thì có 56/90 BN (62%) có sự chênh lệch chiều dài chi và mức chênh lệch trung bình là 9 mm. Điều đó đã chỉ ra rằng thay khớp bán phần có kết quả tốt hơn.

Nguyên nhân của sự chênh lệch chiều dài chi chúng tôi cho rằng có thể là do vị trí cắt xương đùi không chính xác hoặc do độ nông sâu của chuỗi khớp, đặc biệt là trong gây liên máu chuyển xương đùi, chúng tôi chủ động cắt cơ xương đùi sát dưới chỏm để có phân buộc dây thép, khi đóng chuỗi cũng phải ước lượng vị các mốc giải phẫu không còn. Một số trường hợp do đến muộn, cơ co nhiều, với đường mổ bên ngoài trực tiếp gặp khó khăn khi bộc lộ và chuẩn bị đầu trên xương đùi do cơ căng gân đùi quá căng, chúng tôi chủ động cắt cơ căng gân đùi, đóng chuỗi khớp sâu hoặc dùng cơ ngắn để việc nắn chỉnh dễ dàng hơn.

Có nhiều tài liệu cho rằng, sự chênh lệch chiều dài chi dưới 10mm là có thể chấp nhận được, chênh lệch trên 30mm sẽ gây tác hại rất xấu lên khớp nhân tạo và tăng [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11/55 (20%) trường hợp có mức chênh lệch chiều dài chi sau phẫu thuật dưới 6mm, 9/55 (16,4%) trường hợp chênh lệch từ 6 - 10mm, 5/55 (9,1%) trường hợp chênh lệch trên 10mm. 5 BN này cũng chỉ có dáng đi khập khiễng nhẹ tại thời điểm kiểm tra. Không có trường hợp nào tổn thương thần kinh.

#### Tai biến, biến chứng sớm

Sai khớp là biến chứng hàng đầu sau thay khớp háng nhân tạo. Hiện nay, phần lớn phẫu thuật thay khớp háng được thực hiện qua đường mổ phía sau hoặc phía ngoài. Các nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ sai khớp sau mổ gặp nhiều hơn ở các trường hợp được phẫu thuật với đường mổ phía sau so với đường mổ phía ngoài.

Bộc lộ đầu trên xương đùi không thỏa đáng cũng liên quan đến đường mổ, đường bức trong qua trình mổ có thể dẫn tới gây xương. Theo chúng tôi, đường mổ căng và phía trước, căng khó bộc lộ đầu trên xương đùi, nên sẽ có nguy cơ gây vỡ xương khi ráp tạo khuôn cho chuỗi khớp hoặc khi đóng chuỗi khớp vào ống tủy xương đùi.

Tổn thương thần kinh mông trên đã được thông

bảo khi mổ với đường phía ngoài. Theo Tahir K và CS (2007) [4], nhánh dưới của thần kinh mỏng trên (chỉ phù cho cơ dạng) có thể bị tổn thương khi vào khớp háng theo đường trực tiếp bên ngoài. Các tác giả nghiên cứu trên xác định về vị trí giải phẫu của nhánh này và xác định xem nguy cơ bị tổn thương khi vào khớp háng với đường trực tiếp bên ngoài. Nghiên cứu kết luận: 3/44 (6,8%) trường hợp nhánh dưới của thần kinh mỏng trên có thể bị tổn thương với đường vào trực tiếp bên ngoài. Nghiên cứu cũng chỉ ra khoảng cách từ thần kinh mỏng trên đến đỉnh mấu chuyển lớn trung bình 4,8cm (2 - 9 cm).

Trong nghiên cứu này có 1 BN bị trật khớp ngày thứ 4 sau mổ do gây liên mấu chuyển phức tạp nên các điểm bám cơ không được khâu cố định tốt dẫn đến khớp không vững. BN được nắn chỉnh kín và duy trì băng kéo liên tục trong 2 tuần. Sau đó BN không bị sai khớp lại, không có trường hợp nào bị gãy xương hoặc tổn thương thần kinh. Trong thì bóc lột qua cơ mông nhỏ, chúng tôi không vượt quá 5 cm trên đỉnh mấu chuyển lớn, chú ý nhận dạng và không làm tổn thương nhánh dưới của thần kinh mỏng trên đi giữa cơ mông nhỏ và cơ mông lớn. Một chú ý nữa khi sử dụng đường mổ trực tiếp bên ngoài là hai vị trí cơ nguy cơ bị chày máu đó là nhánh xương của động mạch mũ giữa ở phía sau mấu chuyển và nhánh ngang của động mạch mũ ngoài ở cơ rộng ngoài. Chúng tôi không gặp trường hợp nào như vậy.

#### KẾT LUẬN

##### Kết quả gần

Đường mổ có kích thước trung bình  $9,93 \pm 1,5$ cm, tương đương với đường mổ nhỏ. Thời gian phẫu thuật ngắn, các ca phẫu thuật diễn ra trong thời gian từ 45 phút đến 60 phút. Lượng máu truyền không nhiều, phù hợp với người cao tuổi, tình trạng toàn thân kém.

100% BN liền vết mổ kỹ dấu, có thể ngồi dậy sau 24 giờ mà không thấy đau nhiều. Thời gian đứng dậy tập đi trung bình là 8,02 ngày.

BN có kết quả XQuang sau mổ chuẩn thẳng trục chiếm 90,9%. Trong số BN có trục chuẩn bị nghiêng thì chỉ có 1 BN có độ nghiêng  $> 5^\circ$ . Có 45,5% mất cân bằng chiều dài chi sau phẫu thuật. Độ chênh lệch trung

binh là  $7,00 \pm 3,79$  mm, đây là mức chênh lệch chấp nhận được và có thể khắc phục với giày chỉnh hình.

#### Ưu, nhược điểm của đường mổ

Đường mổ bên ngoài trực tiếp là thích hợp trong TKH nội chung và TKH bán phần nội nặng

Về ưu điểm, BN nằm nghiêng nên thuận lợi cho cả người mổ chỉnh và phụ mổ quan sát hình dung các mốc giải phẫu, trong thì bóc lột vào ổ cối thì việc quan sát và đánh giá ổ cối là rất rõ ràng. Chỉ giải phóng một phần cơ mỏng nhờ ở mặt trước khớp háng nên ít làm thay đổi độ vững khớp.

Về nhược điểm, khó khăn trong chuẩn bị và can thiệp vào đầu trên xương đùi. Một nhược điểm khác của đường mổ bên ngoài trực tiếp được công bố trong các nghiên cứu là khả năng tổn thương thần kinh mỏng trên chi phối cho nhóm cơ dạng dẫn đến dáng đi Trendelenburg sau mổ. Tuy nhiên chúng tôi không gặp biến chứng này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anthony M.W., Stewart T.D., Grainger A.J. et al (2010). Leg length inequality following total hip replacement. *Orthopaedics and trauma*, 25-1, pp 37-42.
2. Konyves A. (2005). The importance of leg length discrepancy after total hip arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, No.2, Vol.87-B, pp.155-157.
3. Mulliken B.D., Rorabeck C.H., Bourne R.B., Nayak N. (1998) A modified direct lateral approach in total hip arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, No 7, Vol 13, pp.737-747.
4. Tahir K., David K. (2007) Damage to the Superior Gluteal Nerve During the direct lateral approach to the hip. *The Journal of Arthroplasty*, No 8, Vol 22, pp.1198-1200.
5. William P.B., Shelly E.T, John P.L. (2013) Prospective randomized study of direct anterior vs postero lateral approach for total hip arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 28, pp.1634-1638.
6. Tejas Kiran Yarashi (2010). Leg length discrepancy after cemented hip hemiarthroplasty. *Injury Extra*, 41, pp.197-220.
7. Walla J.P. (2011). Role of primary bipolar arthroplasty or total hip arthroplasty for the treatment of intertrochanteric fracture femur in elderly. *Pb Journal of Orthopaedics*, No.1, Vol.12, pp.5-9

## KẾT QUẢ TRỊ SỐ NHÂN ÁP BẰNG NHÂN ÁP KÉ ICARE Ở TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI

CHU THỊ THIẾT<sup>1</sup>, TÔN THỊ KIM THANH<sup>2</sup>, LÊ THÚY QUỲNH<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Trung tâm Mắt Bắc Giang, <sup>2</sup>Hội Nhân Khoa Việt Nam,  
<sup>3</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

#### TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát trị số nhân áp ở trẻ em dưới 6

tuổi bằng nhân áp ké Icare. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1028 mắt của 514 trẻ em dưới 6 tuổi tại thị trấn Thanh Sơn, huyện Sơn Động, tỉnh Bắc Giang. Kết quả và bàn luận: Nam chiếm 60,5 %, nữ chiếm 39,5%. Đối tượng nghiên cứu được chia thành 6 nhóm tuổi: nhóm tuổi 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (26,5%). Mỗi mắt được đo liên tục 6 lần, máy tự động loại bỏ giá trị lớn nhất và nhỏ nhất. Kết quả thu được là giá trị trung bình của 4 lần đo còn lại. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhân áp trung bình

Chịu trách nhiệm: Chu Thị Thiết  
 Địa chỉ: Trung tâm Mắt Bắc Giang  
 Email: chuthiet1985@gmail.com  
 Ngày nhận: 02/8/2016  
 Ngày phản biện: 24/8/2016  
 Ngày duyệt bài: 06/9/2016  
 Ngày xuất bản: 20/9/2016