

kiểm soát u màng não vùng sàn sọ lên đến 95% trong 5 năm [4]. Kết quả sau mổ tốt GOS 4, 5 chiếm tỉ lệ cao, đạt 72,5 % lúc xuất viện và tăng lên 95% sau 12 tháng và không có trường hợp tử vong.

Cho đến thời điểm hiện tại, phẫu thuật vẫn được xem là phương pháp điều trị tận gốc đối với loại u này, đặc biệt khi u đã gây ra triệu chứng chèn ép các cấu trúc thần kinh gây ra triệu chứng lâm sàng. Tuy nhiên, việc phẫu thuật u tận gốc đôi khi cũng gặp khó khăn, nhất là khi u phát triển lâu, làm mất lớp màng nhện phân cách u hay thậm chí là dính chặt vào các cấu trúc thần kinh mạch máu quan trọng. Việc phẫu thuật tách u ra khỏi các cấu trúc này đôi khi là điều không thể, ví dụ như liệt mặt hay điếc sau mổ ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống, hay nguy hiểm tính mạng như liệt hầu họng sau mổ có thể dẫn đến viêm phổi hít hay suy kiệt do ăn uống kém [1][2]. Phần u còn lại sau mổ sẽ được xạ phẫu gamma knife bổ sung 3 tháng sau phẫu thuật. Các nghiên cứu về hiệu quả gamma knife đã chỉ ra rằng tỉ lệ kiểm soát u màng não vùng sàn sọ lên đến 95% trong 5 năm [4].

KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập dữ liệu trên 40 bệnh nhân u màng não mặt sau xương đá. Mặc dù đây là loại u khó do liên quan

hiều cấu trúc thần kinh mạch máu quan trọng vùng hố sau, tuy nhiên kết quả phẫu thuật đáng khích lệ với tỉ lệ lấy trọn u cao, bảo vệ được các cấu trúc quan trọng và tỉ lệ biến chứng thấp. Sau phẫu thuật, xạ phẫu gamma knife là phương pháp điều trị bổ sung đối với phần u còn lại sau phẫu thuật. Do đó, chúng tôi đề xuất đường mổ này cho tất cả các u màng não mặt sau xương đá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bassiouni H, Hunold A, Asgari S, Stolke D**, Meningiomas of the posterior petrous bone: functional outcomes after microsurgery, J Neurosurg 100:1014–1024, 200.
2. **Kane AJ, Sughrue ME, Rutkowski MJ**, et al.: Clinical and surgical considerations for cerebellopontine angle meningiomas. J Clin Neurosci. 2011, 18:755-59.
3. **Pierre-Hugues Roche**, Decision making for the surgical approach of posterior petrous bone meningiomas, 2011, Neurosurg Focus 30 (5):E11.
4. **Robert M. Starke, James H. Nguyen**, Gamma Knife surgery of meningiomas located in the posterior fossa: factors predictive of outcome and remission, 2011, J Neurosurg 114:1399–1409

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG VỚI Ổ CỐI CHUYỂN ĐỘNG KÉP BẰNG ĐƯỜNG MỔ PHÍA SAU ÍT XÂM LẤN

ĐỖ VŨ ANH, NGUYỄN MẠNH KHÁNH
Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng với ổ cối chuyển động kép bằng đường mổ phía sau ít xâm lấn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng nghiên cứu: 68 bệnh nhân được

phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng loại hai chuyển động tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong năm 2018 và 2019.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ tốt và rất tốt là 89,7%, khá là 8,8%, trung bình 1,5% theo thang điểm Merle D'Aubigné. Không có trường hợp nào trật háng sau mổ. 94,1% bệnh nhân có biên độ gấp háng trên 90°.

Kết luận: Thay khớp háng toàn phần không xi măng với ổ cối chuyển động kép với đường mổ phía sau ít xâm lấn có kết quả khả quan, hạn

Chịu trách nhiệm: Đỗ Vũ Anh
Email: dovuanh061189@gmail.com
Ngày nhận: 16/12/2020
Ngày phản biện: 19/01/2021
Ngày duyệt bài: 04/02/2021

chế nguy cơ trật háng sau mổ và cải thiện biên độ vận động khớp háng.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần không xi măng, ổ cối chuyển động kép.

SUMMARY

RESULTS OF UNCEMENTED TOTAL HIP ARTHROPLASTY WITH DUAL MOBILITY CUPS BY MINI-INVASIF POSTERIOR INCISION

Objectives: Evaluate the results of primary total hip arthroplasty (THA) with dual mobility cups by mini-invasif posterior incision in Viet Duc University Hospital.

Subjects and Methods: THA with dual mobility cups were performed in 68 patients.

Results: The functional results, according to the rating scale of Merle d'Aubigné, were rated as excellent in 35.3%, very good in 54.4%, good in 8.8% and average in 1.5% of the patients. The dislocation rate was 0%, The range of flexion of is more than 90° in 94.1% THA.

Conclusion: Dual mobility had a good result, decreased the risks of dislocation and improved ROM of hip.

Keywords: Primary total hip arthroplasty (THA), dual mobility cups.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng nhân tạo từ lâu đã là một thành tựu lớn của y học thế giới. Trải qua nhiều quá trình lịch sử từ bộ khớp háng nhân tạo toàn phần đầu tiên của ngài John Charley, đã có rất nhiều các cải tiến về vật liệu. Một trong những tiến bộ mang lại nhiều cải thiện sau phẫu thuật phải kể đến khớp háng toàn phần không xi măng với ổ cối hai chuyển động (chuyển động kép – dual mobility).

Năm 1976, Gilles Bousquet (1936 – 1996, thành viên hiệp hội chấn thương chỉnh hình Lyon, giáo sư giảng dạy của trung tâm Bệnh viện Trường Đại học Saint-Etienne, Cộng hòa Pháp) đã cho ra đời mẫu thiết kế khớp háng nhân tạo với ổ cối di động kép dựa trên khái niệm “Jump Distance”. Khái niệm này nghĩa là với cùng kích thước ổ cối thì đường kính chỏm xương đùi càng lớn thì quãng đường di chuyển càng lớn tức là biên độ vận động được tăng lên. Với chỏm đường kính lớn thì độ chống trật của khớp càng cao vì cần di chuyển một quãng đường dài hơn rất nhiều mới có thể trật ra khỏi ổ cối.

Thời gian về sau càng có nhiều các nghiên cứu về ổ cối hai chuyển động và các thiết kế cải tiến mới của loại ổ cối này mang lại hiệu quả điều trị cao cho bệnh nhân.

Tại Việt Nam, khớp háng toàn phần với ổ cối không xi măng hai chuyển động đã được thực

hiện tại Bệnh viện Việt Đức từ khoảng 5 năm trở lại đây.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- 68 Bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng loại hai chuyển động tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong năm 2018 và 2019.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân thay khớp háng toàn phần không xi măng hai chuyển động lần đầu tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức do nguyên nhân gãy cổ xương đùi hoặc bệnh lý hoại tử chỏm, thoái hóa háng.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, xử lý số liệu bằng SPSS 16.0.

3. Chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân tuổi, giới.

Chỉ định mổ thay khớp háng do chấn thương gãy cổ xương đùi hoặc do thoái hóa khớp háng.

Thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ: nhiễm trùng, chảy máu, trật háng sau mổ...

Đánh giá chức năng khớp háng sau mổ theo thang điểm Merle d'Aubigné sau 6 tháng.

Điểm	Đau	Khả năng đi bộ	Vận động
0	Đau rất nặng và liên tục	Không thể	Cứng khớp với tư thế xấu của khớp háng
1	Đau nặng, ngay cả về đêm	Chỉ đi được với nạng, khung đỡ	Không vận động được, đau hoặc biến dạng nhẹ
2	Đau nặng khi đi bộ, xuất hiện trong các hoạt động khác	Chỉ được với 2 gậy chống	Gấp háng dưới 40 độ
3	Đau có thể chịu được nhưng giới hạn các hoạt động	Đi với 1 gậy, thời gian dưới 1h, khó khăn	Gấp háng từ 40 đến 60 độ
4	Đau nhẹ khi đi bộ, hết đau khi nghỉ ngơi	Đi với 1 gậy trong thời gian dài, đi khắp khiêng nếu không có gậy	Gấp háng từ 60 đến 80 độ, BN có thể chạm vào bàn chân của họ
5	Đau nhẹ và không liên tục, hoạt động bình thường	Không cần gậy, đi khắp khiêng nhẹ	Gấp háng từ 80 đến 90 độ; dạng ít nhất 15 độ
6	Không đau	Bình thường	Gấp háng hơn 90 độ; dạng đến 30 độ

Xếp loại theo tổng số điểm:

- + 17 – 18 điểm: Rất tốt
- + 15 – 16 điểm: Tốt
- + 13 – 14 điểm: Khá
- + 10 – 12 điểm: Trung bình
- + Dưới 10 điểm: Xấu

Đánh giá phim XQ sau mổ: Chiều dài chi, góc nghiêng ổ cối, vị trí chuôi.

4. Quy trình kỹ thuật

Bệnh nhân nằm nghiêng về bên phía đối diện với bên mổ, chân không mổ gấp 90 độ, cố định trên bàn mổ.

Rạch da đường mổ phía sau ít xâm lấn khoảng 5 đến 7 cm ngang với mấu chuyển lớn xương đùi, cầm máu kĩ tổ chức dưới da.

Mở vào bao khớp sát với nền ổ xương đùi. Đánh trật khớp háng trong trường hợp bệnh lý. Cắt cổ xương đùi cao từ 1 đến 1,5 cm từ mấu chuyển bé. Lấy chỏm xương đùi, gửi giải phẫu bệnh.

Đoa ổ cối đến số thích hợp, đặt ổ cối thử. Đóng ổ cối thật cứng cỡ, không xi măng. Khoan 2 vít cố định ổ cối. Đặt liner.

Đóng chuôi thử và chỏm có chiều cao thích hợp. Kiểm tra chiều dài chi so với bên đối diện và độ vững của khớp háng nhân tạo, cân bằng phần mềm.

Đóng chuôi thật và chỏm cùng cỡ. Kiểm tra lại các tư thế và độ vững của khớp háng.

Đóng lại bao khớp, đặt dẫn lưu và đóng vết mổ theo lớp giải phẫu

Bệnh nhân được thay băng 2 ngày 1 lần sau mổ, sử dụng kháng sinh và rút dẫn lưu sau 2 ngày. Chụp XQ khớp háng nhân tạo sau mổ.

Phục hồi chức năng khớp háng được tiến hành từ ngày đầu tiên sau mổ. Bệnh nhân tập đi trên các dụng cụ hỗ trợ sau 2 đến 5 ngày phụ thuộc vào tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh.

Bệnh nhân ra viện sau khoảng 1 tuần và được khám lại lần đầu 3 tuần sau mổ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá kết quả chung

- Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tuổi cao nhất là 80 tuổi, thấp nhất là 30 tuổi, độ tuổi trung bình là $53,5 \pm 10,45$.

- Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 76,5%, bệnh nhân nữ chiếm 23,5%.

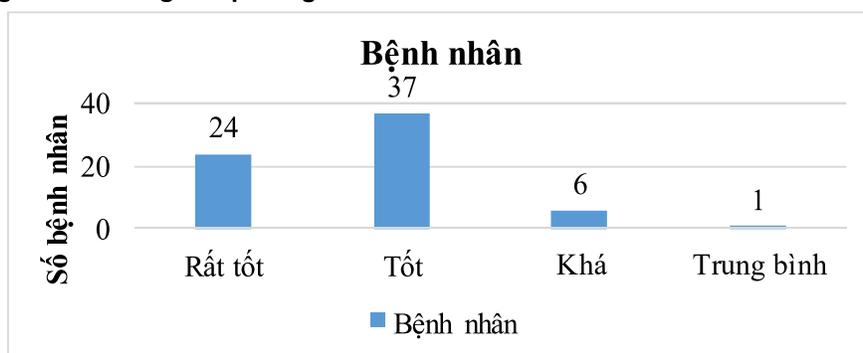
- Tỷ lệ bệnh nhân thay khớp háng do bệnh lý là 72,1% và do gãy cổ xương đùi là 27,9%.

- 67 bệnh nhân liền vết mổ thì đều, cắt chỉ sau 10 – 14 ngày, số ngày nằm viện dài nhất là 17 ngày, số ngày nằm viện ngắn nhất là 6 ngày, thời gian nằm viện trung bình là $9,01 \pm 1,99$ ngày. Có 1 bệnh nhân bị biến chứng nhiễm trùng vết mổ sau mổ và được điều trị khỏi sau đó.

- Chúng tôi không gặp tai biến nào trong mổ như gãy thân xương đùi, thủng ổ cối, vỡ máu chuyển cũng như tổn thương mạch máu, thần kinh lớn tổng quá trình phẫu thuật.

- Không có bệnh nhân nào bị trật khớp háng sau mổ.

2. Đánh giá chức năng khớp háng



Bảng 1. Đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm Merle D'Aubigné sau mổ 6 tháng

Nhận xét: Theo thang điểm Merle D'Aubigné, kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu được chia làm nhiều mức độ. Trong đó nhóm bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt chiếm 89,7%. 6 bệnh nhân đạt mức độ khá chiếm 8,8% và 1 bệnh nhân đạt điểm trung bình chiếm 1,5%.

Bảng 2. Biên độ gấp khớp háng của bệnh nhân

Biên độ gấp háng	60 đến 80 độ	80 đến 90 độ	Trên 90 độ
Tỷ lệ %	0%	5,9%	94,1%

3. Đánh giá kết quả XQ sau mổ

- Tất cả các bệnh nhân có vị trí góc nghiêng ổ cối từ 40 đến 50 độ. 60 bệnh nhân có chuỗi trung gian, chiếm 88,2%, 8 bệnh nhân có chuỗi valgus chiếm 21,8%, không có chuỗi varus.

- Về chiều dài chi có 95,6% số bệnh nhân không có chênh lệch về chiều dài chi, 3 bệnh nhân có chênh lệch chiều dài chi khoảng 1 cm, chiếm 4,4%.

BÀN LUẬN

1. Kết quả sớm sau phẫu thuật

67 bệnh nhân liền vết mổ thì đầu, cắt chỉ sau 10 – 14 ngày, thời gian nằm viện trung bình là $9,01 \pm 1,99$ ngày. Có 1 bệnh nhân bị biến chứng nhiễm trùng vết mổ sau mổ và được điều trị thay băng, liền vết thương sau đó. Như vậy có thể thấy nguyên tắc vô trùng tuyệt đối trong mổ thay khớp đã được thực hiện khá tốt vì nhiễm trùng trong thay khớp háng đồng nghĩa với thất bại.

Chiều dài sẹo mổ của bệnh nhân khoảng 5 đến 7 cm ngắn hơn đường mổ kinh điển của Moore mang lại sự hài lòng cho người bệnh về khía cạnh giảm đau sau mổ cũng như thẩm mỹ. Theo Mertl và cộng sự, đường mổ phía sau ít xâm lấn có chiều dài đường rạch da từ 7 đến 8 cm đối với bệnh nhân có BMI khoảng 25 và từ 10 đến 11 cm đối với bệnh nhân có BMI trên 30 [1]. Chiều dài đường rạch da của chúng tôi có kích thước nhỏ hơn một chút do cơ thể người Việt Nam bé hơn so với người châu Âu, châu Phi và tương tự thì kích thước chỏm xương đùi của người Việt Nam cũng nhỏ hơn. Hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kích thước chỏm xương đùi người trưởng thành ở Việt Nam. Tuy nhiên, theo kinh nghiệm của chúng tôi, đường kính chỏm xương đùi trung bình khoảng 40 đến 46 mm.

Chúng tôi chủ động kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhân thay khớp háng nhằm giúp người bệnh được hướng dẫn phục hồi chức năng sớm ngay tại bệnh viện. Đa phần các bệnh nhân sau khi ra viện đã có thể đi lại được bằng các phương tiện hỗ trợ. Điều này giúp cho bệnh nhân có thể dễ dàng tập luyện tại nhà và hòa nhập tốt hơn với cuộc sống thường nhật.

2. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật

Đánh giá chức năng khớp háng của người bệnh theo thang điểm Merle D'Aubigné sau mổ chúng tôi thu được kết quả khả quan. Số bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt chiếm 89,7%. 6 bệnh nhân đạt mức độ khá chiếm 8,8% và 1 bệnh nhân đạt điểm trung bình chiếm 1,5%. Tuy nhiên, bệnh nhân đạt điểm trung bình có bệnh lý

nền là viêm đa khớp dạng thấp nên ảnh hưởng nhiều đến hoạt động hàng ngày. Bệnh nhân không có các triệu chứng đau tại khớp háng, đau dọc đùi, cũng như không than phiền về khớp háng nhân tạo.

Đa số các ổ cối được cố định tại góc trung bình khoảng 40 đến 50 độ, giúp cho khớp háng nhân tạo giảm được các nguy cơ di lệch và tránh hạn chế về biên độ vận động. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có chuỗi vị trí xấu varus, điều này cũng tránh được các nguy cơ gây dưới chuỗi sau này.

Về chiều dài chi, chỉ có 3 bệnh nhân có chênh lệch chiều dài 2 chi dưới khoảng 1cm. Những bệnh nhân này là những bệnh nhân thoái hóa háng đã lâu, chênh lệch chi trước mổ nhiều nên khi thay khớp háng nhân tạo, nếu cố gắng lấy đủ chiều dài 2 chân sẽ dẫn đến biến chứng không mong muốn như: liệt thần kinh ngồi, căng cơ gây đau, khó khăn trong tập phục hồi chức năng. Sự chênh lệch chiều dài chi được bệnh nhân thích nghi tốt bằng cách đi giày chỉnh hình.

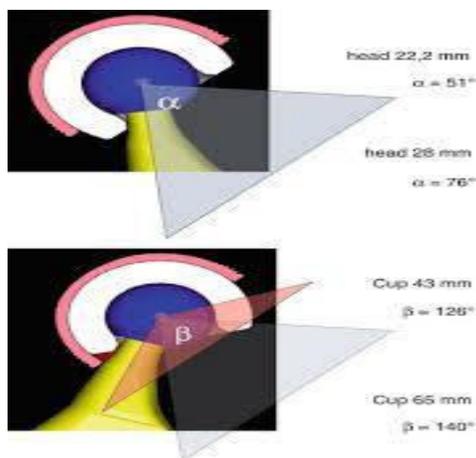
3. Đánh giá ưu điểm của khớp háng hai chuyển động

Hai chuyển động là một khái niệm độc đáo trong phẫu thuật thay khớp háng [2]. Chỏm nhân tạo di động trong một cấu trúc polyethylene, và phần polyethylene này di động tự do trong phần “cup” kim loại cố định trong ổ cối. Như vậy, cấu trúc polyethylene này di động “kép” bởi 2 khớp, một là với phần ổ cối kim loại, hai là với phần chỏm nhân tạo.

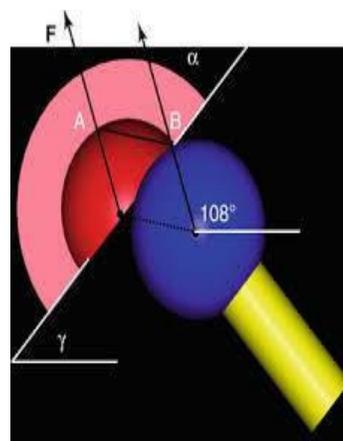
Hệ thống này khác hẳn với các khớp háng thông thường khi phần polyethylene thường được cố định vào phần ổ cối nhân tạo. Ở các khớp háng nhân tạo này chỉ có một chuyển động duy nhất của khớp là giữa chỏm nhân tạo và phần polyethylene.

Khái niệm về hai chuyển động không những cho phép đạt được tầm vận động vượt trội hơn các khớp háng nhân tạo khác mà còn tạo ra một sự vững chắc lớn hơn.

Trong khớp háng hai chuyển động, chuyển động thứ nhất (giữa chỏm nhân tạo và phần polyethylene) tạo nên một góc α phụ thuộc vào đặc điểm và sức chứa của phần polyethylene, phần “implant” của đùi, đường kính chỏm và đường kính cổ. Ví dụ đối với “implant” NOVAE®, sử dụng cổ đường kính 11 mm với chỏm 22,2 mm và 28 mm cho phép góc α tối đa lần lượt là 51° và 76° . Đường kính của cổ tăng lên làm giảm tầm vận động của chuyển động thứ nhất.



Hình 1



Hình 2

Ở chuyển động thứ hai (giữa phần polyethylene và phần kim loại), góc vận động β tăng dần đối với đường kính của ổ cối nhân tạo. Đối với ổ cối nhân tạo có đường kính 43 mm và 65 mm, góc β tối đa lần lượt là 126° và 140° . Góc β ít bị ảnh hưởng bởi đường kính cổ và độ lệch với đường kính của chỏm. [Hình 1]

Đối với ổ cối kích thước 53 mm, góc nghiêng ổ cối 45° , góc ngả trước 20° , chuôi 11 mm, xoay ra trước 15° và valgus 7° , biên độ dạng khép là 126° , gấp duỗi là 186° và biên độ xoay là 220° . [1].

Kết quả nghiên cứu năm 2000 bởi Harkess [3] công bố tại Hội Chấn thương Chỉnh hình Mỹ (AAOS) chỉ ra khớp háng hai chuyển động có tầm vận động lớn nhất. Nó lớn hơn nhiều so với “implant” tiêu chuẩn và lớn hơn rất nhiều lần so với liner có gờ chống trật phía sau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá có 94,1% số bệnh nhân có biên độ gấp háng trên 90° .

Mặt khác, sự vững chắc của khớp háng hai chuyển động cũng tăng lên nhiều dựa trên khái niệm “Jump distance”. Dù cho nguyên nhân nào, sự trật khớp háng nhân tạo cũng xảy ra khi chỏm nhân tạo di chuyển từ vị trí A tới vị trí B. Khoảng cách AB chính là bán kính của chỏm nhân tạo. Sự chống trật của khớp háng phụ thuộc vào AB và góc nghiêng của ổ cối. Như vậy, trong khớp háng toàn phần hai chuyển động, khoảng cách AB được kéo dài ra khiến nó chống trật khớp tốt hơn [Hình 2].

Ngoài ra các nghiên cứu còn chỉ ra sự phụ thuộc giữa nguy cơ trật khớp háng và đường mổ thay khớp. Điều này đã được Berry khẳng định kết quả từ lý thuyết đến lâm sàng. Năm 2005, ông phân tích 868 ca trật trên tổng số

21047 khớp háng nhân tạo cho thấy nguy cơ trật khớp háng bất kể đường mổ là 2% sau 1 năm, 3% sau 5 năm, 4% sau 10 năm và 6% sau 20 năm; tỷ lệ trật khớp tỉ lệ nghịch với đường kính chỏm; đường mổ sau ngoài có tỉ lệ trật cao nhất; riêng với đường mổ phía sau, lý lệ trật sau 10 năm của chỏm 22,2 mm là 12%, của chỏm 28 mm và 32 mm lần lượt là 7% và 4% [4].

Hội nghị chuyên đề của hiệp Hội Chấn thương Chỉnh hình Pháp năm 2009 đã thống kê 3473 khớp háng hai chuyển động được thay lần đầu. Nguy cơ trật khớp sau 10 năm là 0,4% với tất cả các đường mổ, và riêng với đường mổ phía sau là 0,6%. Đối với chỏm đường kính từ 28 mm hoặc khớp 2 chuyển động đã xóa bỏ vai trò của đường mổ trong trật khớp háng nhân tạo [5].

Điều này cho thấy ưu thế lớn của khớp háng toàn phần hai chuyển động khi áp dụng vào hoàn cảnh của Việt Nam do hiện nay đường mổ thay khớp háng chủ yếu được sử dụng vẫn là đường phía sau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân trật khớp háng có thể lý giải bởi 3 lý do:

Góc nghiêng ổ cối của các bệnh nhân đều nằm trong khoảng từ 40° đến 50° .

Ưu thế của khớp háng hai chuyển động như đã nêu trên.

Đường mổ ít xâm lấn ít gây tổn thương phần mềm xung quanh.

KẾT LUẬN

Thay khớp háng toàn phần không xi măng với ổ cối chuyển động kép với đường mổ phía sau ít xâm lấn có kết quả khả quan, hạn chế nguy cơ trật háng sau mổ và cải thiện biên độ vận động khớp háng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Patrice Mertl, Denis Hutten, “La prothèse

total de hanche dans tous ses états”, Cahiers d’enseignement de la SOFCOT, Paris: Elsevier 2017.

2. **Fessy MH**, “Dual mobility concept – Bipolar hip replacement”, European Surgical Orthopaedics and Traumatology, The EFFORT textbook, Berlin: Springer; 2014.

3. **Harkess JW, Guyton JL, Lavelle DG, et al**, “Variation in design of anteverted acetabular liners in THR”, Florida: AAOS meeting Orlando;

2000.

4. **Berry DJ, Von Knoch M, Schleck CD, et al** “The cumulative long-term risk of dislocation after Charnley total hip arthroplasty”, J Bone Joint Surg Am 2004; 86-A(1): 9-14.

5. **Combes A, Migaud H, Girard J, et al**, “Low rate of dislocation of dual-mobility cups in primary total hip arthroplasty”, Clin Orthop Relat Res 2013; 471(12): 3891-900.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở PHỤ NỮ 20 - 49 TUỔI TẠI MỘT SỐ XÃ KHU VỰC VEN BIỂN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2020

LÊ THANH TÙNG¹, TRẦN VĂN LONG¹, LÊ THẾ TRUNG¹,
TRẦN THỊ NHÌ¹, PHẠM THỊ THANH HƯƠNG¹, VŨ THỊ THANH HƯƠNG¹,
KHƯƠNG THÀNH VINH², NGUYỄN THỊ LÂM³, VŨ THỊ THU HIỀN³

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Sở Y tế Nam Định

³Viện Dinh dưỡng - Bộ Y tế

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp mô tả về tình trạng dinh dưỡng ở 459 phụ nữ trong độ tuổi từ 20-49 tuổi tại một số xã khu vực ven biển tỉnh Nam Định cho thấy. Cân nặng trung bình là $52,3 \pm 6,9\text{kg}$; chiều cao trung bình là $154,8 \pm 5,2\text{cm}$; vòng eo và vòng hông trung bình là $72,0 \pm 6,9\text{cm}$, $89,4 \pm 5,6\text{cm}$. Trung bình % mỡ cơ thể là $29,7 \pm 4,0\%$; Trung bình chỉ số WHR là $0,8 \pm 0,05$; chỉ số BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu $21,8 \pm 2,7$. Tình trạng dinh dưỡng theo BMI, tỷ lệ CED là 10,7% (độ I 8,1%, độ II 1,7%, độ III 0,9%); tỷ lệ TCBP 11,1%, nhóm tuổi từ 35 trở lên có tỷ lệ cao nhất. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số WHR có nguy cơ cao là 24,4% và % mỡ cơ thể ở mức cao là 51%, mức thấp là 9,4%. Tỷ lệ CED giảm theo tuổi, tỷ lệ TCBP tăng theo tuổi.

Từ khóa: Phụ nữ tuổi sinh đẻ, ven biển, cân nặng, chiều cao, BMI, WHR, CED, % mỡ cơ thể.

SUMMARY

NUTRITION STATUS IN WOMEN 20-49 YEARS OLD IN SOME COMMUNITIES IN THE COASTAL REGION OF NAM DINH PROVINCE 2020

Chịu trách nhiệm: Lê Thế Trung

Email: lethetrong16@gmail.com

Ngày nhận: 07/01/2021

Ngày phản biện: 18/02/2021

Ngày duyệt bài: 23/02/2021

Using descriptive methods of nutritional status in 459 women aged 20 - 49 years in some communes in the coastal area of Nam Dinh province showed. Average weight was $52.3 \pm 6.9\text{kg}$; Average height is $154.8 \pm 5.2\text{cm}$; The average waist and waist circumference was $72.0 \pm 6.9\text{cm}$, $89.4 \pm 5.6\text{cm}$. Average% body fat is $29.7 \pm 4.0\%$; The average WHR index was 0.8 ± 0.05 ; Average BMI of study subjects 21.8 ± 2.7 . The nutritional status according to BMI, CED rate is 10.7% (level I 8.1%, level II 1.7%, level III 0.9%); rate of TCBP 11.1%, the group aged 35 and over has the highest rate. The nutritional status according to WHR has a high risk of 24.4% and a high percentage of body fat of 51%, and a low of 9.4%. The rate of CED decreases with age, the percentage of TCBP increases with age.

Keywords: Women of childbearing age, coastal, weight, height, BMI, WHR, CED, % body fat.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ không chỉ có vai trò quan trọng trong việc đảm bảo sức khỏe của bản thân họ mà còn có ảnh hưởng đến quá trình sinh sản, đảm bảo cho sự hình thành, phát triển cơ thể và sức khỏe của thai nhi. Dinh dưỡng không hợp lý ở phụ nữ có ảnh hưởng nghiêm trọng đến lao động, sản xuất, chất lượng cuộc sống và còn là