

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC ĐẶNG THÙY TRÂM NĂM 2021 - 2022

Võ Thị Trang¹, Nguyễn Thị Hương Lan²

Keywords: Nutritional status, Diabetes type 2, Dang Thuy Tram Regional General Hospital

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang trên 170 người bệnh Đái tháo đường typ 2 điều trị tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa khu vực Đặng Thùy Trâm. Kết quả cho thấy tình trạng dinh dưỡng bình thường theo BMI là 58,2%; thừa cân, béo phì (TC, BP) là 32,4%; thiếu năng lượng trường diễn (CED) là 9,4%. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng TC, BP có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): Nhóm ăn đêm có nguy cơ TC, BP gấp 1,9 (95%CI:1,01 – 3,74) lần so với nhóm không ăn đêm; nhóm ăn ngọt có nguy cơ TC, BP gấp 2,0 (95%CI:1,05 – 3,89) lần so với nhóm không ăn ngọt; nhóm mắc bệnh Tim mạch/THA kèm theo với ĐTĐ typ 2 có nguy cơ TC, BP gấp 2,4 (95%CI:1,24 – 4,81) lần so với nhóm không mắc bệnh; nhóm tập thể lực không đạt có nguy cơ TC, BP gấp 2,0 (1,02 – 3,88) lần so với nhóm tập thể dục đạt.

Từ khóa: yếu tố liên quan, tình trạng dinh dưỡng, đái tháo đường, Bệnh viện Đặng Thùy Trâm.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATMENT AT DANG THUY TRAM REGIONAL GENERAL HOSPITAL in 2021 - 2022

A cross-sectional study on 170 patients with type 2 diabetes treated at Internal Medicine Department of Dang Thuy Tram Regional General Hospital. The results shown that the normal nutritional status according to BMI was 58.2%; overweight and obesity was 32.4%; chronic energy deficiency (CED) was 9.4%. Some factors related to the status of overweight and obesity had statistical significance ($p < 0.05$): The night eating group increased a risk of overweight and obesity 1.9 (95% CI:1.01 - 3.74) times the no night group; the sweets group had a risk of overweight and obesity 2.0 (95% CI:1.05 - 3.89) times higher than the group that didn't eat sweets; the heart disease and hypertension group with diabetes type 2 had a risk of overweight and obesity 2.4 times (95% CI: 1.24 - 4.81) the group without the disease; The group failed fitness level had a risk of overweight and obesity 2,0 (1.02 - 3.88) higher than the group that achieved the fitness level.

¹Bệnh viện đa khoa khu vực Đặng Thùy Trâm

²Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Trang

Email: vothitrang.4492@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến trên toàn cầu. Năm 2019, trên toàn thế giới có 463 triệu người lớn (độ tuổi 20 - 79) đang sống với bệnh đái tháo đường và ước tính hơn 4 triệu người trong độ tuổi từ 20-79 đã tử vong vì các nguyên nhân liên quan đến ĐTĐ. Dự đoán vào năm 2045, con số này sẽ tăng tới khoảng 700 triệu người¹. Năm 2019, tổng chi tiêu cho y tế liên quan đến bệnh ĐTĐ trên toàn thế giới ước tính là 760 tỷ và dự kiến sẽ tăng lên 825 tỷ USD vào năm 2030 và 845 tỷ USD vào năm 2045².

Ở Việt Nam, năm 2015, ở nhóm tuổi từ 18-69 tỷ lệ ĐTĐ toàn quốc là 4,1%, tiền ĐTĐ là 3,6%, trong đó tỷ lệ ĐTĐ được chẩn đoán là 31,1%, tỷ lệ ĐTĐ chưa được chẩn đoán là 69,9%. Năm 2019 Việt Nam có tỷ lệ 6% người trưởng thành mắc ĐTĐ³.

Một chế độ ăn cân đối, điều hòa, kết hợp với hoạt động thể lực phù hợp rất có ích trong việc kiểm soát đường huyết, ngăn ngừa các biến chứng và duy trì chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ typ 2.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mục đích đánh giá tình trạng dinh dưỡng khi nhập viện và mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ĐTĐ typ 2 được điều trị tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa khu vực Đặng Thùy Trâm năm 2021 - 2022 từ đó có các giải pháp khắc phục khó khăn góp phần chăm sóc bệnh nhân, nâng cao chất lượng điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu và thời gian thu thập số liệu

Người bệnh từ 18 tuổi được chẩn đoán xác định Bệnh Đái tháo đường typ 2 điều trị nội trú tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa khu vực Đặng Thùy Trâm.

2. Phương pháp

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2021 đến tháng 5/2022.

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức ước lượng 1 tỷ lệ trong quần thể

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot (1-p)}{(\epsilon p)^2}$$

Trong đó: n: Số lượng mẫu (bệnh nhân cần điều tra).

$Z_{1-\alpha/2}^2$: Hệ số tin cậy, chọn hệ số tin cậy là

95%, như vậy $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96^2$

p: p = 0,202 tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ bị TC, BP tại Bệnh viện trung ương Quảng Nam⁴.

ϵ : Khoảng sai lệch tương đối. Chọn $\epsilon = 0,3$.

Tính cỡ mẫu n = 169, làm tròn là 170.

Cỡ mẫu điều tra khẩu phần: Áp dụng công thức

$$N = \frac{t^2 \cdot S^2 \cdot n}{\epsilon^2 \cdot n + t^2 \cdot S^2}$$

Tính được cỡ mẫu khẩu phần tối thiểu là 58. Thực tế điều tra được 87 khẩu phần.

Chọn mẫu. Lấy mẫu thuận tiện những người bệnh đúng tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu. Chọn mẫu điều tra khẩu phần: cứ 1 bệnh nhân thu thập số liệu đến bệnh nhân thứ 2 tiến hành phỏng vấn khẩu phần 24h.

Phương pháp đánh giá

- Các số đo cân nặng, chiều cao của bệnh nhân được thu thập khi bắt đầu nhập viện. Đánh giá và phân loại chỉ số khối cơ thể BMI theo IDI & WPRO BMI (kg/m²): Thiếu năng lượng trường điển (BMI < 18,5); Bình thường (18,5 ≤ BMI ≤ 22,9); TC, BP (BMI ≥ 23).

- Phỏng vấn điều tra hành vi lối sống và thói quen ăn uống theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

- Điều tra khẩu phần 24 giờ: Điều tra khẩu phần ăn uống trước khi vào viện 1 ngày của đối tượng nghiên cứu.

3. Xử lý số liệu: - Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng các test thống kê trong y học. Mức ý nghĩa thống kê p < 0,05.

- Số liệu điều tra khẩu phần được quy đổi từ

thức ăn chín sang lượng thức ăn sống sạch theo bảng quy đổi của Viện Dinh dưỡng. Sử dụng phần mềm Eiyokun để tính giá trị dinh dưỡng cho khẩu phần 24h.

4. Đạo đức trong nghiên cứu. Đối tượng được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 7. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n=170)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 39 tuổi	4	2,4
	40 - 59 tuổi	48	28,2
	≥ 60 tuổi	118	69,4
	± SD	65,4 ± 13,0	
Giới	Nam	71	41,8
	Nữ	99	58,2
Trình độ học vấn	Dưới THPT	122	71,8
	THPT	29	17,1
	Trung cấp/ CĐ	16	9,4
	ĐH/ sau ĐH	3	1,8
Nghề nghiệp	Nông/Lâm/Ngư nghiệp	70	41,2
	Công nhân, viên chức	19	11,2
	Nghỉ hưu/Già	68	40,0
	Khác	13	7,6

Nhận xét: Nghiên cứu tiến hành trên 170 bệnh nhân ĐTĐ typ 2, trong đó tỷ lệ nam là 41,8%, nữ là 58,2%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,4 ± 13,0; độ tuổi thấp nhất là 23 tuổi và cao nhất là 94 tuổi. Tuổi của đối tượng phân bố không đều, thấp nhất là nhóm ≤ 39 tuổi (2,4%), cao nhất là nhóm tuổi ≥ 60 tuổi (69,4%). Trình độ học vấn chủ yếu là dưới THPT (71,8%); nghề nghiệp chủ yếu là nông/lâm/ngư nghiệp (41,2%) và nghỉ hưu/già (40,0%).

2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của ĐTNC theo phân loại BMI

Phân loại theo BMI (kg/m ²)	Nam (n=71)		Nữ (n=99)		Chung (n=170)		P
	n	%	n	%	n	%	
CED (BMI < 18,5)	4	5,6	12	12,1	16	9,4	> 0,05
Bình thường (18,5 ≤ BMI < 23)	40	56,4	59	59,6	99	58,2	
TC, BP (BMI ≥ 23)	27	38,0	28	28,3	55	32,4	

Nhận xét: TTDD của bệnh nhân ĐTĐ typ 2 theo BMI của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương (2000) và Hội Đái tháo đường Châu Á có 32,4% là thừa cân, béo phì; 9,4% là CED và 58,2% là những bệnh nhân có TTDD bình thường. Trong đó tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nữ (28,3%) thấp hơn nam (38,0%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng**Bảng 3. Mối liên quan giữa bệnh lý đi kèm và tình trạng TC, BP**

Bệnh lý đi kèm ĐTĐ		TC, BP		Không TC, BP		OR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
Bệnh tim mạch/THA	Có	38	40,9	55	59,1	2,4 (1,24 – 4,81)	< 0,05
	Không	17	22,1	60	77,9		
RL Lipid máu	Có	29	31,5	63	68,5	0,9 (0,48 – 1,75)	> 0,05
	Không	26	33,3	52	66,7		

Nhận xét: Những đối tượng mắc bệnh tim mạch/THA kèm theo ĐTĐ typ 2 có nguy cơ TC, BP gấp 2,4 so với đối tượng không mắc bệnh tim mạch/THA kèm theo, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Không có mối liên quan giữa TC, BP với RLCH Lipid kèm theo ĐTĐ typ 2 ($p > 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa hành vi, lối sống và tình trạng TC, BP

Đặc điểm		TC, BP		Không TC, BP		OR (95%CI)	P
		n	%	n	%		
Nghiện thuốc lá	Có	15	38,5	24	61,5	1,42 (0,68 – 2,99)	> 0,05
	Không	40	30,5	91	69,5		
Lạm dụng rượu, bia	Có	17	37,8	28	62,2	1,4 (0,68 – 2,84)	> 0,05
	Không	38	30,4	87	69,6		
Hoạt động thể lực	Không thường xuyên	36	39,1	56	60,9	2,0 (1,02 – 3,88)	< 0,05
	Thường xuyên	19	24,4	59	75,6		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa hoạt động thể lực với tình trạng TC, BP của đối tượng nghiên cứu, với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa thói quen dinh dưỡng và tình trạng TC, BP

Thói quen dinh dưỡng		TC, BP		Không TC, BP		OR (95%CI)	P
		n	%	n	%		
Ăn ngọt	Có	33	40,2	49	59,8	2,0 (1,05 – 3,89)	< 0,05
	Không	22	25,0	66	75,0		
Ăn vặt	Có	27	32,9	55	67,1	1,1 (0,55 – 2,00)	> 0,05
	Không	28	31,8	60	68,2		
Ăn đêm	Có	28	41,2	40	58,8	1,9 (1,01 – 3,74)	< 0,05
	Không	27	26,5	75	73,5		
Ăn đúng giờ	Không	34	31,5	74	68,5	0,9 (0,46 – 1,74)	> 0,05
	Có	21	33,9	41	66,1		
Phân bố bữa ăn	≤ 3 bữa	15	27,8	39	72,2	0,7 (0,36 – 1,48)	> 0,05
	> 3 bữa	40	34,5	76	65,5		
Rau xanh đủ theo NCKN	Không đủ	16	35,6	29	64,4	1,2 (0,59 – 2,50)	> 0,05
	Đủ	39	31,2	86	68,8		
Quả chín đủ theo NCKN	Không đủ	39	31,2	86	68,8	0,8 (0,40 – 1,69)	> 0,05
	Đủ	16	35,6	29	64,4		

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy ĐTNC có thói quen ăn ngọt có nguy cơ TC, BP 2,0 lần so với không ăn ngọt. ĐTNC có thói quen ăn đêm có nguy cơ TC, BP 1,9 lần so với không ăn đêm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa KP ăn 24 giờ và tình trạng TC, BP

Khẩu phần ăn 24 giờ		TC, BP		Không TC, BP		OR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
Năng lượng ăn vào	Không đạt NCKN	24	42,1	33	57,9	6,5 (1,78 – 24,10)	< 0,05
	Đạt NCKN	3	10,0	27	90,0		
Tỷ lệ Protein ăn vào	Không đạt NCKN	8	24,2	25	75,8	0,6 (0,22 – 1,56)	> 0,05
	Đạt NCKN	19	35,2	35	64,8		
Tỷ lệ Lipid ăn vào	Không đạt NCKN	12	30,0	28	70,0	0,9 (0,37 – 2,28)	> 0,05
	Đạt NCKN	15	31,9	32	68,1		
Tỷ lệ Glucid ăn vào	Không đạt NCKN	18	27,3	48	72,7	0,5 (0,18 – 1,39)	> 0,05
	Đạt NCKN	9	42,9	12	57,1		

Nhận xét: So với bệnh nhân ăn đạt năng lượng (75 - 100%), những người ăn không đạt năng lượng có nguy cơ TC, BP cao hơn (OR 6,5; 95% CI 1,78 – 24,10) ($p < 0,05$).

Những bệnh nhân không ăn đạt tỷ lệ Protein, Glucid, Lipid có nguy cơ TC, BP tương đương với bệnh nhân ăn đạt so với nhu cầu khuyến nghị ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số BMI là công cụ chẩn đoán được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của cộng đồng và cá thể do đặc tính dễ đo lường và đánh giá.

Theo khuyến cáo của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương (2000) và Hội Đái tháo đường Châu Á, khuyến nghị cho người châu Á cần duy trì BMI ở mức độ bình thường 18,5-23 kg/m². Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có BMI trung bình là 22,0 ± 3,1 kg/m² phù hợp với khuyến nghị, tương tự với một số nghiên cứu: Khổng Thị Thủy Lan⁵ với BMI trung bình 22,4 ± 2,7 kg/m², Trần Thị Lệ Thu⁶ với BMI trung bình 22,5 ± 3,1 kg/m², Hồ Thị Thanh Tâm (2017)⁷ với BMI trung bình 22,1 ± 3,3 kg/m².

Áp dụng tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng của IDI & WPRO, tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có chỉ số BMI bình thường là cao nhất chiếm 58,2%; tỷ lệ bệnh nhân CED là 9,4%, tỷ lệ bệnh nhân TC, BP là 32,4. Như vậy tỷ lệ TC, BP của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Thùy Hương⁴ với tỷ lệ bệnh nhân TC, BP là 20,2%. Hồ Thị Thanh Tâm⁷ với tỷ lệ TC, BP là 20,8%. Thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Phương Lan⁸ có tỷ lệ TC, BP là 61,6%. Sự khác biệt này có thể do địa điểm, thời gian nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng khác nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có mối liên quan giữa mắc bệnh tim mạch, tăng huyết áp kèm theo ĐTĐ typ 2 với tình trạng TC, BP. Những đối tượng mắc bệnh này có tỷ lệ TC, BP 40,9% cao hơn đối tượng không mắc (22,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương (2021), tỷ lệ mắc bệnh tim mạch, THA (67,4%) của nhóm TC, BP cao hơn đối tượng không TC, BP (56,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, OR=1,6).

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng có tập thể dục không thường xuyên có nguy cơ TC, BP cao gấp 2,0 lần so với nhóm tập thể dục thường xuyên ($p < 0,05$). Các nghiên cứu cũng tìm ra mối liên quan giữa thói quen tập thể dục

và tình trạng TC, BP là: Nguyễn Thị Đinh⁹ (2017), Đỗ Thị Mai Phương (2020). Vì vậy, cần đẩy mạnh hoạt động thể lực trên tất cả các đối tượng không chỉ người thừa cân, béo phì. Hoạt động thể lực, tập luyện thể dục thể thao ít nhất 30 phút/ngày và 5 lần/tuần.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có thói quen ăn đêm có nguy cơ cao bị TC, BP cao gấp 1,9 lần so với bệnh nhân không ăn đêm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ăn đêm trao đổi chất của cơ thể có xu hướng chậm lại vào cuối ngày nên nếu ăn quá muộn thì thực phẩm sẽ khó tiêu hóa. Những thực phẩm này thay vì chuyển thành năng lượng thì lại chuyển hóa thành chất béo và khiến cơ thể, đặc biệt là phần bụng dưới béo lên dễ dàng. Tình trạng này nếu kéo dài thì nguy cơ mắc bệnh béo phì sẽ rất cao.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy có mối liên quan giữa thói quen ăn ngọt và tình trạng TC, BP của bệnh nhân ĐTĐ typ 2 ($p < 0,05$). Tỷ lệ TC, BP ở bệnh nhân có thói quen ăn ngọt là (40,2%) cao hơn so với bệnh nhân không có thói quen ăn ngọt (25,0%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa năng lượng ăn vào và tình trạng dinh dưỡng TC, BP. ĐTNC không tuân thủ năng lượng khuyến nghị (42,1%) có nguy cơ cao bị TC, BP hơn so với nhóm tuân thủ năng lượng khuyến nghị (10,0%).

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi một số yếu tố liên quan đến tình trạng TC, BP có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2: thói quen ăn đêm, ăn ngọt, thói quen tập thể dục, năng lượng ăn vào, bệnh tim mạch/THA kèm theo. Kết quả chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thói quen hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, tiêu thụ rau xanh, quả chín theo khuyến nghị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, et al.** Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract.* 157.
2. **Rhys Williams, Suvi Karuanga, Belma Malanda, et al.** Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition - *Diabetes Research and Clinical Practice.*
3. **Bộ Y tế (2020).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 (Ban hành kèm theo Quyết định 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 của Bộ Y tế,

- Tr1 - 60.
4. **Phạm Thị Thùy Hương (2017)**, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân đái tháo đường typ 2 được quản lý tại Bệnh viện đa khoa trung ương Quảng Nam năm 2016-2017. Luận văn Thạc sĩ Dinh dưỡng.
 5. **Khổng Thị Thủy Lan (2015)**, Tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần và tập quán ăn uống của bệnh nhân ĐTĐ typ 2 tại Bệnh viện đa khoa Vĩnh Phúc năm 2014-2015. Luận văn Thạc sĩ y học. Y Hà Nội.
 6. **Trần Thị Lệ Thu (2017)**. Tình trạng dinh dưỡng và thực hành chăm sóc dinh dưỡng bệnh nhân ĐTĐ typ 2 tại khoa Nội tiết - ĐTĐ Bệnh viện Bạch Mai năm 2016 - 2017. Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa. Y Hà Nội.
 7. **Hồ Thị Thanh Tâm (2017)**. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thực trạng thực hiện chế độ ăn của bệnh nhân ĐTĐ typ 2 điều trị Nội trú tại Bệnh viện lão khoa Trung ương năm 2017. Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa. Y Hà Nội.
 8. **Trần Thị Phương Lan (2021)**. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ĐTĐ điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa khu vực Quảng Bình năm 2020. Luận văn Thạc sĩ Dinh dưỡng, Đại học Y Hà Nội; 2020.
 9. **Nguyễn Thị Đình (2017)**. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ĐTĐ typ 2 và một số yếu tố liên quan tại khoa Nội Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016. Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa. Y Hà Nội.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG, CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT HÀM MẶT TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2021-2022

Lương Thị Nghĩa Vân¹, Phạm Văn Phú²

NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO- STOMATOLOGY 2021-2022

Objective: To evaluate patients' nutritional status and feeding regime after maxillofacial surgery at the Hanoi National Hospital of Odonto - Stomatology. **Method:** Cross-sectional study among of 120 patients participated in the study. **Results:** The prevalence of patients with BMI lower than 18.5 before surgery was 3.3%; according to SGA was 15.8%. Following the surgery, the patients received a variety of diets via parenteral nutrition, tube feeding, or oral feeding, depending on the type of treatment they were receiving. The total energy intake of patients before surgery was 1.472 kcal per day. After the surgery, the average energy intake was 802.8 Kcal on the first day and gradually increased to 1389.3 kcal on the seventh day; the amount of protein, lipid, and carbohydrates on the first day's diet was 35.8g, 28g, and 78.3g respectively, and 72.3g, 49.2g, 180.2g on the seventh day. After seven days of surgery, 51.7% of the patients had a lower BMI; 25% had an unchanged BMI; 23.3% have an increased BMI. **Conclusion:** The percentage of patients who undergo weight loss is high, requiring active nutrition intervention.

Keywords: Nutritional status, feeding regime, patients with maxillofacial surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, có nhiều nghiên cứu chứng minh dinh dưỡng đúng cách giúp cho người bệnh nhanh chóng phục hồi, giảm số ngày điều trị cũng như tăng khả năng phục hồi, hỗ trợ bác sĩ điều trị để tối ưu hóa số lượng thuốc sử dụng, qua đó gián tiếp giảm gánh nặng cho người bệnh, kinh tế xã hội. Theo nhiều nghiên cứu, cố định liên hàm có nguy cơ gây suy dinh dưỡng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh sau phẫu thuật hàm mặt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên tổng số 120 người bệnh. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng trước phẫu thuật theo BMI là 3,3%; theo SGA là 15,8%. Sau phẫu thuật tùy thuộc phương pháp điều trị, người bệnh sẽ được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, sonde, đường miệng. Năng lượng khẩu phần người bệnh trước phẫu thuật là 1.472 kcal/ngày. Sau phẫu thuật, ngày thứ nhất năng lượng trung bình trong khẩu phần là 802,8 kcal và tăng dần các ngày, đến ngày thứ bảy là 1389,3 kcal; Protein, Lipid, Glucid trong khẩu phần ngày thứ nhất lần lượt là 35,8g, 28g, 78,3g, ngày thứ bảy lần lượt là 72,3g, 49,2g, 180,2g. Sau khi phẫu thuật 7 ngày, người bệnh có chỉ số BMI giảm chiếm tỷ lệ 51,7%; có chỉ số BMI không thay đổi chiếm 25%; có chỉ số BMI tăng chiếm 23,3%. **Kết luận:** Ở người bệnh phẫu thuật hàm mặt, tỷ lệ người bệnh bị sụt cân khá cao, cần can thiệp dinh dưỡng tích cực cho đối tượng này.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, chế độ nuôi dưỡng, người bệnh phẫu thuật hàm mặt

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND FEEDING REGIME AMONG PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL SURGERY AT HANOI

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Nghĩa Vân

Email: van652404@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 2.8.2022