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 Thúy 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 Đính (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 Vân[1], Phạm Văn Phú[2]

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 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

[1]*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội,*
[2]*Trường 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

nặng và giảm cân đáng kể dẫn đến chậm liền thương và phục hồi chức năng [1]; có tới 40% người bệnh nhập viện để phẫu thuật có tình trạng suy dinh dưỡng; đối với người bệnh khẩu thuật hàm mặt suy dinh dưỡng chiếm 45,6% [2]; đối với người bệnh cố định liên hàm trong điều trị gãy xương hàm mặt thấy người bệnh không được tư vấn dinh dưỡng đa số giảm cân (72,2%), ngược lại người bệnh được tư vấn dinh dưỡng đa số tăng cân nhẹ (61,1%) hoặc không thay đổi (22,2%) [3].

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội những năm gần đây đã đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật hàm mặt, nhằm sàng lọc người bệnh nhân bị suy dinh dưỡng để tiến hành can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng phục vụ người bệnh. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có báo cáo cụ thể nào về thực trạng dinh dưỡng, hỗ trợ nuôi dưỡng người bệnh phẫu thuật và theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong quá trình điều trị. Xuất phát từ các vấn đề trên chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *(1) Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật hàm mặt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội; (2) Mô tả chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật hàm mặt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Gồm 120 người bệnh được phẫu thuật hàm mặt tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt và Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ thuộc Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 7/2021 đến tháng 5/2022. Những người bệnh này được nuôi ăn theo chế độ ăn thường quy của Bệnh viện là ăn đường sonde, đường miệng, phối hợp với dịch truyền qua đường tĩnh mạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả người bệnh phẫu thuật hàm mặt tại 02 khoa của Bệnh viện cho hết thời gian nghiên cứu, tổng số 120 người bệnh nhân được thu nhận.

2.4. Phương tiện, vật liệu nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án, các bảng đánh giá tình trạng người bệnh; Cân và thước đo chiều cao; Bệnh án nghiên cứu với các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng; Thực đơn cung cấp dinh dưỡng hàng ngày.

2.5. Nội dung nghiên cứu: Đánh giá thực trạng dinh dưỡng của tất cả các người bệnh được phẫu thuật hàm mặt, thông qua các chỉ số nhân trắc như: bảng điểm SGA, BMI; phương pháp điều trị, thực đơn cung cấp, thực phẩm tiêu thụ, năng lượng, chất khoảng, vitamin cung cấp trong khẩu phần trong 7 ngày... Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng chung và với sự thay đổi tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu sau 1 tuần.

2.6. Các bước tiến hành: Liên hệ, làm việc với Lãnh đạo 02 Khoa nghiên cứu để nhận được sự ủng hộ, chuẩn bị cho việc tiến hành sàng lọc người bệnh, nắm lịch mổ hàng tuần. Chuẩn bị các công cụ thu thập số liệu (bảng hỏi, công cụ đo cân nặng, chiều cao).

Tiến hành khảo sát đối với bệnh nhân nhập viện về các thông tin chung, đánh giá tình trạng dinh dưỡng BMI/SGA; kiểm tra, thu thập thông tin về bệnh lý nếu có.

Sau phẫu thuật, điều tra thực trạng nuôi dưỡng người bệnh: Theo dõi tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật và thời gian nằm bệnh viện bằng phiếu theo dõi. So sánh tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật. Khảo sát, đánh giá lại khi bệnh nhân được ra viện: Cân nặng bệnh nhân sau khi ra viện; tại chỗ vết thương sạch, không có dấu hiệu nhiễm trùng…

2.7. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, số liệu được nhập 2 lần để kiểm soát sai số. Sau đó, số liệu sẽ được làm sạch và đưa vào phân tích bằng phần mềm STATA 14.

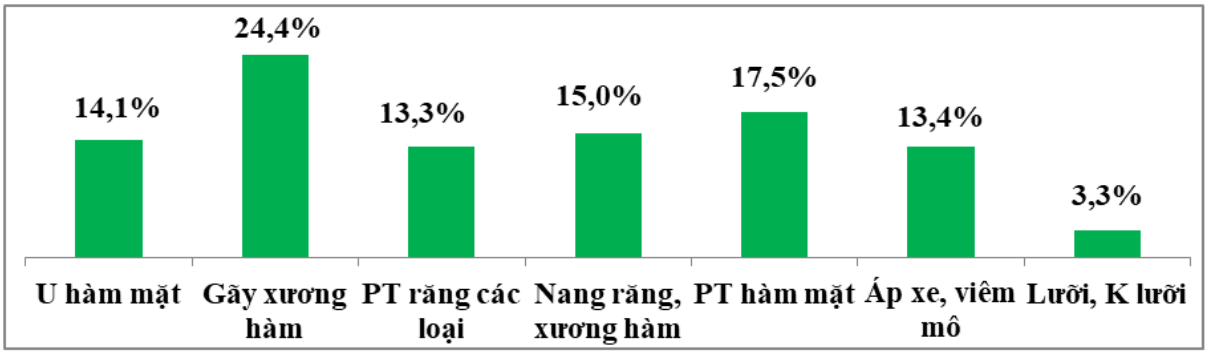
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Trong số 120 người bệnh phẫu thuật răng hàm mặt đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, chủ yếu là dân tộc Kinh chiếm 97,5%, dân tộc thiểu số chiếm 2,5%. Độ tuổi trung bình người bệnh là 44,0; trong đó: độ tuổi: >18-40, chiếm 74,2%; độ tuổi từ 41 đến 65 chiếm 25,8%. Người bệnh trình độ phổ thông trung học là 52,5%; trung cấp/cao đẳng/đại học là 35,8%. Người bệnh làm nghề tự do (kinh doanh, nội trợ…) chiếm tỷ lệ cao nhất là 27,5%, sinh viên 24,2%... Đa số người bệnh phẫu thuật răng hàm mặt có điều kiện kinh tế trung bình, chiếm tỷ lệ 76,7%.

Trong 120 người bệnh tham gia nghiên cứu có 7,5% có bệnh nền (tim mạch, huyết áp, bệnh đái tháo đường, rối loạn Lipid máu và bị gout). Trong số người bệnh tham gia nghiên cứu, có 33 người bệnh (27,5%) sau khi phẫu thuật cố định 02 hàm; 87 người bệnh (72,5%) sau khi phẫu thuật không cố định hàm.

Sau phẫu thuật, 120 người bệnh được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch; 51,6% người

bệnh được nuôi dưỡng bằng phương pháp: tĩnh mạch và sonde; 27,5% người bệnh được nuôi dưỡng bằng phương pháp tĩnh mạch và đường miệng; 34,2% người bệnh được nuôi dưỡng bằng phương pháp tĩnh mạch, sonde và đường miệng.



Hình 1: Tỷ lệ bệnh lý của người bệnh tham gia nghiên cứu

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật hàm mặt. Trước phẫu thuật, đánh giá theo BMI có 3,3% người bệnh bị SDD; 91,7% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường; 5,0% người bệnh thừa cân. Đánh giá theo SGA, trước phẫu thuật có 15,8% người bệnh có nguy cơ SDD mức trung bình (SGA-B); còn lại 84,2% người bệnh có dinh dưỡng bình thường.

Bệnh viện đã xây dựng các thực đơn: Soup ăn sonde (500ml); Thực đơn cháo cho người không có bệnh nền (500ml). Tổng năng lượng theo thực đơn trên, 03 bữa cháo cung cấp cho người bệnh là: 1472 kcal/ngày. Trước phẫu thuật người bệnh nhập viện được cung cấp theo 03 thực đơn cháo, giá trị năng lượng cung cấp là 1472 kcal ± 120. Sau phẫu thuật, tùy thuộc vào tình trạng của mỗi người bệnh có thể chỉ định hoặc tư vấn cho người bệnh sử dụng 250ml, 300ml, 350ml…; năng lượng của người bệnh sẽ tương ứng với số ml cháo trong ngày. Đối với người bệnh có bệnh nền thực đơn trên sẽ được điều chỉnh số lượng tinh bột, đạm… phù hợp với bệnh nền của người bệnh. Thực đơn soup hoặc cháo có thể xay nhuyễn để cho người bệnh ăn theo phương pháp sonde hoặc qua đường miệng.

Bảng 1. Tình trạng tăng/giảm BMI sau phẫu thuật, điều trị (n = 120)

	BMI không thay đổi		BMI tăng		BMI giảm	
	n	%	n	%	n	%
Nam	14	11,7	19	15,8	34	28,4
Nữ	16	13,3	9	7,50	28	23,3
Tổng	**30**	**25,0**	**28**	**23,3**	**62**	**51,7**

Bảng 2. Tiêu thụ thực phẩm trung bình trong khẩu phần người bệnh trong 7 ngày nằm viện (gam/ngày)

Nhóm thực phẩm	Nam (n=71) TB ± SD	Nữ (n=49) TB ± SD	Tổng (n=120) TB ± SD	p
Ngũ cốc	161,4±34,5	169,3±50,9	164,6±41,9	0,94
Khoai, củ	39,9±13,5	38,9±13,4	39,5±13,4	0,86
Rau	47,0±19,5	61,6±56,2	52,9±39,1	0,94
Quả	46,6±63,8	41,5± 61,8	44,5±62,7	0,94
Dầu mỡ	7,3±2,7	6,6±2,3	7,0±2,6	0,37
Thịt	228,6±44,6	221,7±45,7	225,8±45	0,21
Cá	0,2±2m2	3,9±12,1	1,7±8,0	0,02
Trứng	1,0±2,9	3,1±8,1	1,9±5,7	0,17
Sữa (ml)	347,5±117,7	325,1±173,4	325,1±173,4	0,12

Bảng 3: Năng lượng khẩu phần trong 7 ngày (Kcal) cho người bệnh phẫu thuật hàm mặt theo giới

	Nam (n=71) TB ± SD	Nữ (n=49) TB ± SD	Tổng (n=120) TB ± SD	p
Ngày 1	809,9± 282,6	792,5 ± 256,9	802,8 ± 271,2	0,75

Ngày 2	1071,7±336,4	974,4±302,1	1031,8±324,8	0,14
Ngày 3	1327,8±307,5	1237,6±292,7	1290,8±303,3	0,14
Ngày 4	1366,8±298,8	1294,5±325,1	1337,1±310,3	0.25
Ngày 5	1382,4±303,9	1295,0±281,5	1347,6 ±296,8	0.15
Ngày 6	1408,6±328,3	1310,4±362,5	1368,3±344,3	0.16
Ngày 7	1412,0 ± 368,0	1356,2± 358,4	1389,3±363,3	0.45
Trung bình	1254,2±246,4	1172,4±241,4	1221,6±246,5	0.10

*p: Test Mann-Whitney

Bảng 4: Giá trị dinh dưỡng của khẩu phần của người bệnh sau khi phẫu thuật hàm mặt

	Năng lượng (kcal**)**	**Protein (gam)**		**Lipid (gam)**		**Glucid (gam)**
		Protein tổng số	**Protein động vật**	**Lipid tổng số**	**Lipid thực vật**	
Ngày 1	802,8 ± 271,2	35,8 ± 14,7	31,8± 11,7	28,0±10,5	2,1±2,9	78,3±34,2
Ngày 2	1031,8±324,8	52,4±17,8	37,8±12,2	36,9± 12,1	7,2±3,8	122,5±42,7
Ngày 3	1290,8±303,3	67,6±15,1	46,6±11,8	46,1±10,9	10,0±2,4	161,0±35,8
Ngày 4	1337,1±310,3	70,9±15,7	47,7±12,9	46,7±11,7	11,0±2,9	172,7±38,1
Ngày 5	1347,6 ±296,8	70,7± 14,5	47,0±11,7	47,0±11,7	11,1±3,3	174,8±38,4
Ngày 6	1368,3±344,3	71,3±16,1	47,4±13,5	48,6±16,9	12,2±10,3	179,7±42,6
Ngày 7	1389,3±363,3	72,3±17,4	48,7±14,4	49,2±14,7	11,1±4,0	180,2±48,6

Sau phẫu thuật, khẩu phần ăn của người bệnh được cung cấp các vitamin hòa tan trong nước và được tăng cường ngay sau ngày mổ đầu tiên, bù cho năng lượng và các chất đã mất. Lượng vitamin hòa tan trong nước B1, B2, PP, C trung bình trong khẩu phần 7 ngày lần lượt là 2,5 mg/ngày; 1,2 mg/ngày; 190,5 mg/ngày; 122,8 mg/ngày. Các loại vitamin tan trong chất béo, cơ thể hấp thụ những vitamin này giúp cơ thể hoạt động hiệu quả. Lượng vitamin A, Beta carotene, D, E, K trung bình có trong khẩu phần 7 ngày lần lượt là: 280,3 mg/ngày; 2283,3 mg/ngày; 9,2 mg/ngày; 40,0 mg/ngày; 2292,2 mg/ngày. Các khoáng chất cung cấp từ khẩu phần cho người bệnh sau 7 phẫu thuật canxi, phốt pho, sắt, kẽm có xu hướng tăng dần lên ở các ngày. Hàm lượng trung bình như sau: canxi là 585,8 mg/ngày (nam: 590,1 mg/ngày; nữ: 579,5 mg/ngày); phốt pho là 997,1 mg/ngày (nam: 1009,1 mg/ngày; nữ: 979,5 mg/ngày); sắt là 10,9 mg/ngày (nam: 11,2 mg/ngày; nữ: 10,6 mg/ngày); kẽm là 11,7 mg/ngày (nam: 11,9 mg/ngày; nữ: 11,4 mg/ngày), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Trong 120 người bệnh phẫu thuật hàm mặt đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu với tuổi trung bình 44,0±10, độ tuổi từ 18 tuổi trở lên; có 68 người bệnh nam chiếm 56,66% và 52 người bệnh nữ chiếm 43,34%. Tỷ lệ giới tính của người bệnh phù hợp với thực trạng về cơ cấu dân số độ tuổi, theo đó dân số độ tuổi dưới 65 tuổi nhiều hơn nên người bệnh nhập viện nhiều hơn. Trong nghiên cứu, nhóm nghề nghiệp chiếm tỷ lệ đông nhất là nghề tự do (như kinh doanh nhỏ lẻ, nội trợ…) chiếm tỷ lệ 27,5%; sinh viên chiếm tỷ lệ 24,2%; CBCCVC chiếm tỷ lệ 20%; còn lại là công nhân chiếm tỷ lệ 11,6%. Nhóm nghề nghiệp người bệnh phẫu thuật hàm mặt khác với nhóm nghề nghiệp người bệnh phẫu thuật ung thư hạ họng, thanh quản trong nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Chiên (tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương) [4]: nông dân chiếm 37%, công nhân chiếm 17%; CBCCVC là 12%, còn lại 22% là các nghề nghiệp khác (như: lao động tự do, bộ đội, nội trợ). Trình độ học vấn của người bệnh phẫu thuật hàm mặt có trình độ học vấn từ trung cấp, cao đẳng, đại học trở lên chiếm tỷ lệ khá cao 35,83%, cao hơn so với người bệnh trong nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Chiên, đa số đối tượng tham gia nghiên cứu tốt nghiệp hết Trung học cơ sở, chỉ có 09 người bệnh có trình độ học vấn từ trung cấp, cao đẳng, đại học trở lên (9%). Do phần lớn người bệnh phẫu thuật hàm mặt ở thành thị, chủ yếu thẩm mỹ, làm đẹp.

Phương pháp điều trị cố định 02 hàm/hoặc không cố định 02 hàm sẽ quyết định phương pháp nuôi dưỡng đối với người bệnh. Keisuke Kondo và CS nghiên cứu hiệu quả can thiệp của nhóm hỗ trợ dinh dưỡng trong điều trị gãy xương hàm dưới bằng phương pháp cố định hai hàm cũng xác định: trên lâm sàng, phương pháp điều trị cơ bản bao gồm hai phương pháp, một là giảm há ngậm và cố định liên hàm với các tấm cố định và ốc vít, hai là hạn chế há ngậm kết hợp can thiệp IMF (cố định hai hàm); phẫu thuật cố định liên hàm hiện là phương pháp được ưa

chuộng vì nó có thời gian điều trị ngắn hơn và có xu hướng dẫn đến cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh [5].

4.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu sau phẫu thuật hàm mặt. Trong ngày đầu tiên, người bệnh ngoài được truyền dịch qua đường tĩnh mạch như: Aminoplasma 5%; Glucose 5%, NaCl 9/1000, KCl, SMOF lipid, Kabiven… còn được cung cấp năng lượng có thể đạt khoảng 50% nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng [6]; các ngày tiếp theo, năng lượng cung cấp tăng dần. Tỉ lệ sử dụng nuôi dưỡng đường tĩnh mạch giảm dần trong những ngày sau. Người bệnh có thể được nuôi ăn đường miệng sớm nhất vào ngày thứ 2, một số trường hợp người bệnh vẫn chưa bắt đầu được ăn đường miệng vào ngày thứ 5. Trong ngày đầu nuôi ăn đường miệng, người bệnh chủ yếu được nuôi bằng sữa hoặc súp bơm qua sonde nhưng số lượng ăn rất ít, bởi vậy tính đa dạng thực phẩm của khẩu phần không cao, các ngày tiếp theo càng nhiều nhóm thực phẩm được người bệnh sử dụng hơn. Đến ngày thứ 7, người bệnh đã có thể sử dụng thực phẩm ở hầu hết các thực đơn. Tính đa dạng các nhóm thực phẩm của khẩu phần giúp cung cấp đầy đủ các vi chất cho người bệnh. Sau khi phẫu thuật hàm mặt, số người bệnh có chỉ số BMI không thay đổi chiếm 25%; số người bệnh có chỉ số BMI tăng chiếm 23,3% (tăng 0,95 kg ±0,5kg); số người bệnh có chỉ số BMI giảm chiếm tỷ lệ cao nhất 51,7% (giảm 1,0 kg ±0,5kg). Kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của Shokri M., Gachkooban A.M (2006) đối với người bệnh xương mặt với 61% bị giảm cân[7]; thấp hơn nghiên cứu Keisuke Kondo và CS (2017), mức giảm trọng lượng cơ thể ở nhóm điều trị can thiệp hỗ trợ dinh dưỡng là 1,8 ± 1,5kg, nhóm không được can thiệp hỗ trợ dinh dưỡng là 2,7 ± 1,4kg; kết quả cũng cho thấy hiệu quả của thực hiện điều trị can thiệp hỗ trợ dinh dưỡng [5].

Về giá trị năng lượng trung bình cung cấp cho người bệnh trong 7 ngày sau phẫu thuật tăng dần. Kết quả, ngày đầu năng lượng trung bình đạt 802,8 kcal/ngày đạt khoảng 50% nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng [6]. Những ngày sau, năng lượng tăng cho tới ngày thứ 6, thứ 7 đạt 86,1% và 87,4% nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng [6]. Sau phẫu thuật, người bệnh được cung cấp: Protein trung bình là 64,2 gam/ngày; Lipid trung bình là 44,8 gam/ngày; người; Glucid trung bình là 155,1 gam/ngày. Giá trị protein và lipid trung bình cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Chiên (protein trung bình là 35,9 gam/người/ngày, lipid trung bình là 29 gam/người/ngày); nhưng glucid thấp hơn (276 gam/người/ngày) [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tính cân đối các chất sinh năng lượng của khẩu phần trong 7 ngày người bệnh phẫu thuật hàm mặt: lượng prtein chiếm 19%; lượng lipid chiếm 31%; lượng glucid chiếm 50%; trung bình khẩu phần ăn có tỷ lệ Protein động vật ngày thứ nhất là 88%, ngày thứ bảy là 67,3%. Kết quả của Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc (2018- 2020), cơ cấu sinh năng lượng từ Protein, Lipid và Glucid (2020) là: 15,8%: 20,2%: 64,0%; tỷ lệ Protein động vật đạt từ 30% nhu cầu khuyến nghị trở lên.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh trước khi phẫu thuật hàm mặt hầu hết có tình trạng dinh dưỡng bình thường, người bệnh bị suy dinh dưỡng và thừa cân/béo phì chiếm tỷ lệ nhỏ. Trước phẫu thuật, người bệnh nhập viện được cung cấp giá trị năng lượng theo nhu cầu khuyến nghị, sau phẫu thuật năng lượng khẩu phần được tăng dần các ngày đảm bảo tính cân đối các chất sinh năng lượng và loại vitamin và khoáng chất. Tuy nhiên, tỷ lệ giảm cân sau phẫu thuật còn tương đối cao, do vậy cần có giải pháp can thiệp thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **De Jongh-Kampherbeek E.H, Remijnse-Meester T.A, Van Meeteren N.L (1997).** Dietetic care for patients after maxillofacial trauma. Ned Tijdschr Tandheelkd; 104(11): 448-450.
2. **Pressoir M, Desné S, Berchery D et al (2010).** Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. Br J Cancer; 102(6): 966–971.
3. **Trần Thị Thủy Tiên, Huỳnh Thanh Thúy, Lê Minh Tín, Nguyễn Thị Diễm Phương (2012).** Đánh giá hiệu quả tư vấn dinh dưỡng đối với bệnh nhân cố định liên hàm trong điều trị gãy xương hàm mặt. Kỷ yếu Hội nghị khoa học Bệnh viện An Giang.
4. **Phạm Thị Hồng Chiên (2018).** Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật ung thư hạ họng, thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2017- 2018. Luận văn Thạc sĩ.
5. **Keisuke Kondo, Norio Horie, Miki Ohmuro et al (2017).** Nutritional Support Team Intervention for Patients with Mandibular Fracture Treated by Intermaxillary Fixation. Journal of Trauma & Treatment, Volume 6, Issue 5, 1000402.
6. **Viện Dinh Dưỡng (2016).** Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam. Nhà xuất bản Y học.
7. **Shokri M, Gachkooban A.M. (2006).** Effect of calculated nutritional program on weightchanges in intermaxillary fixation patients. Scientific Medical Journal; 3(50): 570-575.