

Nguyễn Khải Ca [2] nhận xét với những thận giãn độ I, II dễ chọc hơn và ít biến chứng chảy máu so với những thận không giãn.

Kết quả nghiên cứu mỗi tương quan giữa mức độ giãn đài bể thận và kết quả chăm sóc chung cho thấy: Nhóm bệnh nhân giãn độ III có kết quả chăm sóc tốt là 100%, nhóm giãn độ II là 97,1% và nhóm không giãn là 91,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,411$.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố như tuổi bệnh nhân, số lượng sỏi của bệnh nhân có liên quan đến kết quả chăm sóc sỏi thận sau tán sỏi qua da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2011). Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, 1-17.
2. **Vũ Nguyễn Khải Ca** (2009), "Nghiên cứu ứng dụng phương pháp tán sỏi qua da trong điều trị

sỏi thận tại bệnh viện Việt Đức" Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.

3. **Quách Chí Đông** (2018). Thực trạng hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2018, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Điều dưỡng, Đại học Điều dưỡng Nam Định, tr 65
4. **Nguyễn Thị Thúy Huyền** (2021) Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật tán sỏi thận qua da và một số yếu tố liên quan tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu BV Việt Đức
5. **Vũ Thị Hiếu** (2016), Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau mổ lấy sỏi thận tại bệnh viện Thanh Nhân, Đề tài cấp cơ sở năm 2016
6. **Danh Ngọc Minh** (2020), "Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nội soi đường tiết niệu và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang", Yhoccongdong.vn, Tập 60, Số 7, tr 99-105.
7. **Nguyễn Đình Xướng** (2015), "Kinh nghiệm cá nhân trên 281 trường hợp lấy sỏi thận qua da", Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 19, số 6, 6-11.

ĐẶC ĐIỂM KHẨU PHẦN ĂN CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2021

Đỗ Nam Khánh¹, Nguyễn Thị Thu Liễu¹, Chu Hải Đăng¹, Phạm Thị Mai Ngọc¹, Nguyễn Lê Vinh², Nguyễn Thanh Hà², Nguyễn Quang Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu này đánh giá đặc điểm khẩu phần ăn của người bệnh trước phẫu thuật lồng ngực tại khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 63 bệnh nhân trước phẫu thuật lồng ngực. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả cho thấy Năng lượng trung bình khẩu phần là 1886,5±456,4 Kcal. 65,1% người bệnh ăn đủ nhu cầu khuyến nghị (NCKN) và 34,9% người bệnh ăn không đủ NCKN. Cơ cấu các chất sinh năng lượng trung bình Protein:Lipid:Glucid là 19:25:56. Nghiên cứu cho thấy 20-30% các đối tượng nghiên cứu có khẩu phần ăn không đáp ứng NCKN về hàm lượng vi chất dinh dưỡng. Đặc biệt các chất như vitamin A, vitamin K và canxi có tỉ lệ thiếu hụt trên 50%. **Kết luận:** Bệnh nhân trước phẫu thuật có khẩu phần ăn không cân đối vẫn chiếm tỷ lệ cao, do đó cần có giải pháp để đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ và hợp lý cho bệnh nhân trước phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương. **Từ khóa:** khẩu phần ăn, phẫu thuật lồng ngực, bệnh viện phổi trung ương

SUMMARY

DIETARY INTAKE CHARACTERISTICS OF PREOPERATIVE THORACIC SURGICAL PATIENTS IN NATIONAL LUNG HOSPITAL 2021

Objectives: This study evaluated dietary intake of patients before thoracic surgery at the Department of Thoracic Surgery, National Lung Hospital in 2021. **Research method:** study design of a cross-sectional was conducted on 63 preoperative patients with thoracic surgery. **Research results:** The results showed that the average energy of the diet was 1886.5±456.4 Kcal. 65.1% of the patients ate enough of the recommended intakes and 34.9% of the patients did not eat enough of the recommended intakes. The average structure of energy-producing substances Protein:Lipid:Glucid is 19:25:56. The study showed that 20-30% of the study subjects had diets that did not meet the recommended intakes in terms of micronutrient content. Especially substances such as vitamin A, vitamin K and calcium have a deficiency rate of over 50%. **Conclusions:** Preoperative patients with an unbalanced diet still account for a high proportion, therefore, it is necessary to have a solution to ensure adequate and reasonable nutrition for patients before surgery at the National Lung Hospital.

Keywords: dietary intake, thoracic surgery, national lung hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật được coi là yếu tố gây tăng catecholamine thông qua hoạt động của vùng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Nam Khánh

Email: donamkhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

dưới đồi, sự tiết hormon ADH, GH và ACTH. Cơ bản miễn dịch – nội tiết này đã dẫn đến tình trạng dị hoá nói trên: sự tăng tiết glucagon và corticosteroid, sự phân giải đường ở gan, tình trạng kháng insuline xuất hiện cùng sự phân giải protein ở cơ [1]. Do đó trong các bệnh ngoại khoa, dinh dưỡng đóng một vai trò rất quan trọng, vì bệnh nhân ngoại khoa phải đủ sức vượt qua được cuộc phẫu thuật do mất máu, dịch thể, stress... Để phẫu thuật đạt kết quả tốt, bệnh nhân cần được nuôi dưỡng tốt cả trước và sau phẫu thuật [2].

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng ở những bệnh nhân nuôi dưỡng kém trước phẫu thuật có tỉ lệ nhiễm khuẩn tăng, tỉ lệ tử vong tăng và gặp nhiều biến chứng hơn so với những bệnh nhân được nuôi dưỡng tốt [3]. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân là người trưởng thành và người cao tuổi khi nhập viện đã được nghiên cứu trong nhiều năm [4]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Chu Thị Tuyết, có 30% - 60% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng trong bệnh viện⁶. Theo Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng Châu Âu (ESPEN, 2006), tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm 20% - 60% bệnh nhân nằm viện và có đến 30% - 90% bị sụt cân trong thời gian điều trị, trong đó tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân phẫu thuật là 40% - 50% [3].

Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật lồng ngực. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích đánh giá tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của bệnh nhân trước phẫu thuật lồng ngực tại bệnh viện Phổi Trung ương năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là người bệnh trên 18 tuổi có chỉ định phẫu thuật liên quan tới lồng ngực, không có chỉ định cấp cứu hoặc biến chứng nguy kịch, người bệnh không mang thai tại khoa Phẫu thuật lồng ngực bệnh viện Phổi Trung ương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

-Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ tháng 12/2020 đến tháng 5 năm 2021.

-Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật lồng ngực bệnh viện Phổi Trung ương.

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

-Cỡ mẫu: Cỡ mẫu ước tính cho một tỷ lệ trong quần thể, thu thập được tất cả 63 bệnh nhân đủ điều kiện trong thời gian nghiên cứu.

-Phương pháp chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân nhập viện trong thời gian tiến hành nghiên cứu, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên đều được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng theo mẫu nghiên cứu.

-Biến số và chỉ số nghiên cứu

+ Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, dân tộc, nơi ở hiện tại, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tình trạng hút thuốc lá.

+ Đặc điểm khẩu phần của đối tượng nghiên cứu: khẩu phần trong 24 giờ qua, chế độ ăn kiêng, loại thực phẩm ăn kiêng.

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để làm sạch và nhập số liệu. Sử dụng phần mềm Stata 14.0 để phân tích số liệu.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, nội dung và ý nghĩa của nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và chỉ tiến hành khi đã có sự đồng ý của đối tượng. Các số liệu, thông tin thu thập và kết quả nghiên cứu chỉ dùng cho việc phục vụ nghiên cứu và bảo đảm bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.3. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=63)		n	%
Giới tính	Nam	48	76,2
	Nữ	15	23,8
Tuổi	TB ± SD=51,3 ± 15,6; min= 18; max= 78		
Dân tộc	Kinh	58	92,1
	Khác	5	7,9
Nơi ở hiện tại	Hà Nội	13	20,6
	Tỉnh khác	50	79,4

Trong tổng số 63 ĐTNC, tỉ lệ nam giới chiếm 76,2%, tỉ lệ nữ giới chiếm 23,8%. Tuổi trung bình của các đối tượng là 51,3 tuổi, đối tượng có tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi còn đối tượng cao tuổi nhất là 78 tuổi. Các ĐTNC chủ yếu là dân tộc Kinh - chiếm 92,1% và chỉ có 5 đối tượng (chiếm 7,9%) là người dân tộc khác. Phần lớn ĐTNC là người sống ở tỉnh khác với tỉ lệ 79,4% và chỉ có 20,6% là người sống ở Hà Nội.

Bảng 2: Giá trị dinh dưỡng khẩu phần 24h của đối tượng nghiên cứu

(n=63)		TB±SD
Năng lượng (Kcal)		1886,5±456,4
Protein	Tỉ lệ Protein (%)	18,8±2,5
	Protein tổng số (g)	89,5±26,2
	Protein động vật (g)	61,5±22,8
	Protein thực vật (g)	28,0±9,6

	Protein động vật/ tổng số (%)	67,3±10,4
Lipid	Tỉ lệ Lipid (%)	25,0±4,5
	Lipid tổng số (g)	52,0±14,3
	Lipid động vật (g)	30,1±12,5
	Lipid thực vật (g)	21,9±5,0
	Lipid thực vật/ tổng số (%)	44,0±12,6
Glucid	Tỉ lệ Glucid (%)	56,2±0,7
	Glucid tổng số (g)	263,3±8,4

Năng lượng khẩu phần trung bình của người bệnh trước phẫu thuật lồng ngực là 1886,5±456,4 Kcal. Tỉ lệ Protein trung bình là 18,8% đạt NCKN (13-20%); Tỉ lệ Protein động vật/ tổng số trung bình là 67,3% đạt NCKN (>30%). Tỉ lệ Lipid trung bình là 25% đạt NCKN (20-25%) tuy nhiên tỉ lệ Lipid thực vật/ tổng số chỉ là 44% đạt NCKN (>40%). Tỉ lệ Glucid trung bình là 56,2% đạt NCKN (55-65%).

Bảng 3. Hàm lượng khoáng chất trong khẩu phần 24h của đối tượng nghiên cứu

Chất khoáng	TB±SD	Nam (không đạt) n(%)	Nữ (không đạt) n(%)
Mg (mg)	225,5±63,1	42 (87,5%)	14 (93,3%)
Ca (mg)	808,0±268,0	26 (54,2%)	13 (86,6%)
P (mg)	1155,9±311,2	4 (8,3%)	5 (33,3%)
Ca/P(mg)	0,71±0,18	38 (79,2%)	7 (46,6%)
Fe (mg)	13,8±3,5	3 (6,3%)	7 (46,6%)
Cu (µg)	1214,5±354,4	7 (14,6%)	4 (26,6%)
Zn (mg)	13,0±3,5	9 (18,8%)	3 (20%)
Se (µg)	119,0±38,2	1 (2,1%)	0 (0%)

Về các khoáng chất, ở nam Magie và Canxi là 2 chất mà người bệnh thiếu nhiều nhất với tỉ lệ lần lượt là 87,5% và 54,2%, theo sau đó là tỉ lệ Ca/P với tỉ lệ không đạt NCKN lên tới 79,2%. Ở nữ giới thì tỉ lệ thiếu hụt Magie và Canxi rất cao, lên tới hơn 90%. Tuy nhiên ở cả 2 giới thì Selen là khoáng chất đáp ứng tốt nhất với chỉ 1 đối tượng nam không đạt NCKN và 100% nữ giới đạt NCKN.

Bảng 4. Hàm lượng các vitamin trong khẩu phần 24h của đối tượng nghiên cứu

Vitamin	TB±SD	Nam (không đạt) n(%)	Nữ (không đạt) n(%)
Vitamin A (µg)	792,6±362,9	27 (56,3%)	8 (53,3%)
Vitamin D (µg)	8,1±7,4	45 (93,8%)	14 (93,3%)
Vitamin E (mg)	14,0±6,7	9 (18,8%)	3 (20%)
Vitamin K (µg)	412,0±378,7	23 (47,9%)	8 (53,3%)
Vitamin	1,8±0,6	6 (12,5%)	2 (13,3%)

B1 (mg)			
Vitamin B2 (mg)	1,5±0,5	21 (43,8%)	8 (53,3%)
Vitamin B6 (mg)	1,9±0,6	4 (8,3%)	5 (33,3%)
Vitamin B12(µg)	3,3±1,3	13 (27,1%)	7 (46,6%)
Vitamin C (mg)	198,8±95,7	7 (14,6%)	5 (33,3%)

Về các vitamin tan trong dầu, ta có thể thấy 1 sự khá cân bằng về tỉ lệ thiếu hụt ở cả 2 giới, đặc biệt sự thiếu hụt vitamin D ở cả hai giới đều trên 90%, tiếp theo là vitamin A và vitamin K với tỉ lệ thiếu hụt đều trên 50%. Ở nhóm vitamin tan trong nước thì vitamin B2 và B12 có tỉ lệ thiếu hụt cao nhất ở cả hai giới.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 63 người bệnh có chỉ định phẫu thuật liên quan đến lồng ngực tại bệnh viện Phổi Trung ương năm 2021 trong thời gian từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 4 năm 2021. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh nam là 48 người (chiếm 76,2%) cao hơn so với người bệnh nữ là 15 người (chỉ chiếm 23,8%). Kết quả nói trên khá tương đồng với một số nghiên cứu cả ở trong và ngoài nước, trong số đó có nghiên cứu của Denis Iulian Trufa năm 2015, tỉ lệ số người bệnh trước phẫu thuật lồng ngực nam và nữ là 75% và 25% [6]. Các đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 51,3±15,6, với người nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 78 tuổi. Khoảng hơn 80% đối tượng nghiên cứu ở nhóm từ 30 - 69 tuổi. Tuy nhiên tuổi trung bình của các ĐTNC trong nghiên cứu này lại nhỏ hơn nghiên cứu của tác giả Denis Iulian Trufa năm 2015 có độ tuổi trung bình là 55,4±17,2 tuổi [6].

Về giá trị dinh dưỡng khẩu phần 24h của đối tượng nghiên cứu (Bảng 2), nghiên cứu điều tra khẩu phần 24h của người bệnh cho kết quả mức tiêu thụ năng lượng trung bình là 1886,5±456,4 Kcal. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Hà (2018) trên đối tượng là người bệnh trước phẫu thuật ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai là 1719,4±218,7 Kcal [7]. Sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về tính chất bệnh tật, mức độ nặng và sự tác động của thuốc, cơ chế gây viêm,... ảnh hưởng lên mức tiêu thụ thực phẩm. Với các nghiên cứu quốc tế, kết quả lại thấp hơn nghiên cứu ở Israel năm 2016 là 2710,7±1275,7 Kcal [8]. Sự khác biệt có thể do đặc điểm văn hóa xã hội và thói quen ăn uống ở các quốc gia khác nhau. Về hàm lượng protein, số gam

protein trung bình của nghiên cứu là 89,5g cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Hà là 75,3g [7] nhưng thấp hơn nghiên cứu ở Isarel là 114,2g [8]. Về hàm lượng lipid trong khẩu phần, lượng lipid trung bình được tiêu thụ ở nghiên cứu này là 52,0±14,3g cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Hà là 48,6g tuy nhiên lại thấp hơn nghiên cứu ở Isarel là 110,7g [8] có thể là do sự khác nhau về văn hóa ẩm thực. Về hàm lượng glucid, số gam glucid trung bình của chúng tôi là 263,3g cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Hà là 244,8g [7]. Cơ cấu trung bình các chất sinh năng lượng Protein : Lipid : Glucid (P:L:G) trong nghiên cứu này là 19:25:56 về cơ bản đã đáp ứng đủ nhu cầu khuyến nghị. Tỷ lệ protein động vật/tổng số trung bình qua phân tích khẩu phần 24h là 67,3±10,4% (>30%) đạt nhu cầu khuyến nghị theo Viện dinh dưỡng, tỷ lệ lipid thực vật/tổng số lại là 44±12,6% (>40%) đạt nhu cầu khuyến nghị.

Về hàm lượng khoáng chất trong khẩu phần 24h (Bảng 3), magie trung bình là 225,5±63,1 mg với 87,5% nam và 93,3% nữ không đạt NCKN, thấp hơn nghiên cứu của Vũ Thị Hà (327±170,5mg) [7] và nghiên cứu ở Isarel (435,7±218mg) [8]. Canxi khẩu phần trung bình trong nghiên cứu là 808±268mg, thấp hơn nghiên cứu ở Isarel (1182,4±568,8mg) và có 54,2% nam cùng 86,6% nữ không đạt đủ nhu cầu trong khi đó ở Isarel là khoảng 48% ở cả hai giới. Hàm lượng phospho trung bình trong nghiên cứu này là 1155,9±311,2mg, với 8,3% nam và 33,3% nữ không đạt NCKN. Tỷ lệ Ca/P trung bình của nghiên cứu là 0,71±0,18 chưa đạt giới hạn hấp thu tốt các chất này. Hàm lượng sắt trung bình khẩu phần là 13,8±3,5 mg, 6,3% người bệnh nam và 46,6% người bệnh nữ (tương đương 15,8% trên tổng số người bệnh) không đạt NCKN về sắt. Thấp hơn so với nghiên cứu ở Isarel với trung bình là 14,2±7,3 mg và 46% người bệnh không đạt nhu cầu [8]. Sự chênh lệch giữa hai giới ở đây là do nhu cầu khuyến nghị sắt ở nữ giới cao hơn nhiều so với nam giới trong khi hàm lượng sắt ở thực phẩm lại không nhiều. Hàm lượng vi chất kẽm và đồng trong nghiên cứu lần lượt là 13±3,5 mg và 1214,5±354,4 µg đều thấp hơn so với nghiên cứu ở Isarel với trung bình kẽm và đồng lần lượt là 13,2 mg và 1900 µg [8]. Cuối cùng, selen là khoáng chất có mức đáp ứng tốt nhất trong khẩu phần của ĐTNC với giá trị trung bình là 119,0±38,2 µg và chỉ có duy nhất 1 đối tượng không đáp ứng đủ nhu cầu (chiếm 1,58%).

Về hàm lượng vitamin trong khẩu phần 24h (Bảng 4), cụ thể với nhóm vitamin tan trong dầu,

vitamin A trung bình là 792,6±362,9 µg, 56,3% nam và 53,3% nữ không đạt nhu cầu, tuy nhiên kết quả trên đều cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Hà là 229,2±268,6 µg [7]. Thấp hơn nghiên cứu ở Isarel là 3050,9±2982,4 µg [8]. Sự khác nhau ở đây có thể là do hàm lượng vitamin trong thực phẩm được tiêu thụ khác nhau ở mỗi quốc gia. Hàm lượng vitamin D trung bình trong nghiên cứu là 8,1±7,4 µg với hơn 90% người bệnh ở cả 2 giới đều không đạt NCKN cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Hà là 0,1±0,3 µg [7]. Điều này cũng khá phù hợp với việc các loại thực phẩm thông dụng ở Việt Nam có hàm lượng vitamin D không cao đồng thời mức ăn các thực phẩm đó của người bệnh cũng chưa nhiều nên đây là điểm cần lưu ý để bổ sung vitamin D bằng các nguồn khác như chế phẩm hay phơi nắng để cơ thể tự tổng hợp vitamin D. Khẩu phần vitamin E trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 14,0±6,7 mg cao hơn so với nghiên cứu ở Isarel là 13,2±7,6mg [8]. Hàm lượng vitamin K trung bình trong nghiên cứu là 412,0±378,7 µg và có 47,9% nam cùng với 53,3% nữ không đáp ứng đủ nhu cầu khuyến nghị. Với nhóm vitamin tan trong nước, vitamin B1 trung bình khẩu phần là 1,8±0,6 mg cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Hà là 1,2±0,4mg⁸ và nghiên cứu ở Israel với vitamin B1 trung bình là 1,6±0,8 mg [8]. Tỷ lệ không đạt NCKN về vitamin B1 của nghiên cứu là trên 12% ở cả hai giới, thấp hơn khá nhiều so với 34% người bệnh không đạt trong nghiên cứu ở Isarel [8]. Vitamin B12 trung bình khẩu phần là 3,3±1,3 mg thấp hơn so với nghiên cứu ở Isarel 4,6±2,2 mg. Vitamin C khẩu phần trung bình của chúng tôi là 198,8±95,7mg tương đương với nghiên cứu của Vũ Thị Hà là 195,3±125,5mg [7].

V. KẾT LUẬN

Năng lượng trung bình khẩu phần là 1886,5±456,4 Kcal. 65,1% người bệnh ăn đủ NCKN và 34,9% người bệnh ăn không đủ NCKN. Cơ cấu các chất sinh năng lượng trung bình P:L:G là 19:25:56. Nghiên cứu cho thấy 20-30% các ĐTNC có khẩu phần ăn không đáp ứng NCKN về hàm lượng vi chất dinh dưỡng. Đặc biệt các chất như vitamin A, vitamin K và canxi có tỷ lệ thiếu hụt trên 50%. Vitamin D và magie là hai vi chất thiếu hụt cao nhất với tỷ lệ là trên 90%. Trong đó selen là khoáng chất đáp ứng tốt nhất với 98,4% đạt NCKN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ali Abdelhamid Y, Chapman MJ, Deane AM.** Peri-operative nutrition. *Anaesthesia*. 2016 Jan;71 Suppl 1:9-18. doi: 10.1111/anae.13310. PMID:

- 26620142.
- Mignini EV, Scarpellini E, Rinninella E, et al.** Impact of patients' nutritional status on major surgery outcome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2018;22(11):3524-3533.
 - Trương Thị Thu, Nguyễn Thanh Chò, Hoàng Mạnh An, Phạm Đức Minh.** Nutritional Status of Patients before Stomach Surgery in 103 Military Hospital. *Tạp chí Y dược học Quân sự - No 4 (2018),* 2011:44 - 50.
 - Nguyễn Thị Thu Liễu, Hoàng Thị Ngọc Anh, Đỗ Nam Khánh.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2018. *Tạp chí Nghiên cứu y học.* 2019; Tập 120, số 4, tr.52-59
 - Chu Thị Tuyết.** Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện, Hội thảo khoa học Dinh dưỡng lâm sàng toàn quốc năm 2019, Bộ Y tế và Viện Dinh dưỡng Quốc gia.
 - Trufa DI, Arhire LI, Grigorescu C, Mihalache L.** Assessment of preoperative and postoperative prealbumin in thoracic surgery - a two months' experience in a Romanian university hospital *Revista Română de Medicină de Laborator.* 2015;23
 - Vũ Thị Hà,** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân trước và sau ghép thận tại Bv Bạch Mai Luân văn tốt nghiệp Thạc sĩ. 2018.
 - Sherf Dagan S, Zelber-Sagi S, Webb M, et al.** Nutritional Status Prior to Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Surgery. *Obes Surg.* 2016; 26(9):2119-2126.

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VỚI KẾT QUẢ TẾ BÀO HỌC Ở BỆNH NHÂN CÓ BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Tiến Đạt¹, Nguyễn Thị Thanh Thủy⁴, Đỗ Đình Tùng^{2,3}

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình nhằm phát hiện các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp (BNTG) giúp cho việc chẩn đoán, phát hiện sớm và kịp thời. Phân tích số liệu từ 318 bệnh nhân, tuổi trung bình 51,13 ± 14,928 cho thấy: Bệnh nhân nữ chiếm đa số với 89% và 81% ở độ tuổi 31-60 tuổi. Đa số bệnh nhân ở hai nhóm lành tính và ác tính đều ở trạng thái bình giáp. Không có sự khác biệt giữa nhóm lành tính và ác tính về xét nghiệm Anti TPO, anti TG, các nhóm kích thước nhân, hạch cổ, viên giảm âm. Xét nghiệm TG khác nhau ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ ác tính bướu nhân đặc cao hơn so với bướu nhân hỗn hợp và bướu nhân nang, tỷ lệ có canxi hóa vi thể, tỷ lệ ranh giới không rõ ở nhóm BNTG ác tính cao hơn nhóm lành tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhân tuyến giáp có phân loại TIRADS càng cao có tỷ lệ ác tính càng tăng, $p < 0,05$. Kết luận: Ở nhóm BNTG ác tính chủ yếu là nhân đặc giảm âm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhân tuyến giáp có canxi hoá vi thể, ranh giới không rõ, xét nghiệm TG ở 2 nhóm bệnh nhân BNTG lành tính và ác tính. Nhân tuyến giáp có phân loại theo TIRADS càng cao có tỷ lệ ác tính càng lớn.

Từ khóa: Bướu nhân tuyến giáp; Bướu nhân tuyến giáp lành tính; Bướu nhân tuyến giáp ác tính; tế bào học

SUMMARY

STUDY OF THE CLINICAL, PARACLINICAL, AND ULTRASONIC FEATURES WITH CYTOGENETIC RESULTS IN PATIENTS WITH THYROID TUMORS AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

The section comparing clinical, subclinical, and ultrasound characteristics with cytological results in patients with thyroid nodules at Thai Binh Provincial General Hospital is the basis for detecting clinical and laboratory characteristics. Clinical examination of patients with thyroid nodules going to the general hospital of Thai Binh province helps patients with thyroid nodules to be examined and detected early and promptly. Conducting clinical and subclinical examination of 318 patients with an average age of 51.13 ± 14,928 showed that: Female patients accounted for the majority with 89% and 81% of patients were aged 31-60 years old. The majority of patients in both benign and malignant groups are euthyroid. There was no difference between the benign and malignant groups in terms of anti-TPO, anti-TG, nuclear size groups, cervical lymph nodes, hypoechoic border. TG test was different in 2 groups with statistical significance with $p < 0.05$. The rate of malignancy of solid nodule is higher than that of mixed nodular and cystic, the rate of microcalcification, the rate of unknown boundary in the group of malignant TNBC is higher than that of benign group with statistical significance. $p < 0.05$. The higher the TIRADS classification, the higher the rate of malignancy, the difference is statistically

¹Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Thái Bình

²Học viện Quân Y

³Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

⁴Bệnh viện Hữu Nghị - Việt Xô

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022