

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP DINH DƯỠNG CHU PHẪU Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ HẠ HỌNG – THANH QUẢN CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Thái Thị Thùy Dung¹, Trần Minh Trường¹,
Luu Ngân Tâm¹, Nguyễn Ngọc Công¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư là một trong những bệnh lý gây nên tình trạng suy mòn cơ thể người bệnh, cụ thể khi vị trí ung thư ở vùng hạ họng – thanh quản chắc chắn sẽ ảnh hưởng đến khả năng ăn uống của bệnh nhân. Do đó, hầu hết những bệnh nhân này đều có suy dinh dưỡng khi nhập viện. Suy dinh dưỡng trước mổ được xem là một yếu tố tiên lượng sau mổ vì gây gia tăng tỉ lệ các biến chứng sau mổ. Tuy nhiên, vấn đề này vẫn chưa được quan tâm đầy đủ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng trước mổ theo BMI, phương pháp đánh giá tổng thể tình trạng dinh dưỡng theo chủ quan (SGA), albumin, prealbumin và lympho bào. Đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng trước và sau mổ. Xác định mối liên quan giữa SGA và biến chứng sau mổ cũng như thời gian nằm viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu can thiệp hàng loạt ca không đối chứng. **Kết quả:** Trên tổng số 41 bệnh nhân được chia làm hai nhóm với nhóm 1 có 20 bệnh nhân và được phẫu thuật cắt thanh quản, nhóm 2 có 21 bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ thanh thực quản và tái tạo bằng ống dạ dày. Tỉ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật lần lượt là 31,7% theo BMI; 80,5% SGA-B, SGA-C; 14,6% với albumin/ huyết thanh < 3,5g/dl; 29,3% với prealbumin/ huyết thanh < 20 mg/dl và 29,3% với lympho bào < 1500mm³. Có 9 trường hợp được can thiệp dinh dưỡng trước mổ và kết quả cải thiện hơn so khi nhập viện. Tất cả 41 bệnh nhân đều hỗ trợ dinh dưỡng. Kết quả là chỉ số cân nặng trung bình tăng hơn so khi nhập viện với $p = 0,02$. **Kết luận:** Những bệnh nhân ung thư hạ họng – thanh quản đa phần có suy dinh dưỡng trước mổ với hơn 80% theo SGA. Do đó, việc phát hiện sớm những trường hợp này là cần thiết vì giúp chúng ta điều trị dinh dưỡng kịp thời trước phẫu thuật với mục đích giúp hậu phẫu đạt kết quả tốt nhất và rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Ung thư hạ họng, suy dinh dưỡng, phương pháp đánh giá tổng thể tình trạng dinh dưỡng theo chủ quan (SGA)

SUMMARY

ASSESS EFFECT OF TREATING NUTRITION PERIOPERATION IN LARYNGEAL AND HYPOPHARYNGEAL CANCER PATIENTS WHO

¹Bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Thái Thị Thùy Dung

Email: thuydung7799@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

INTEND TO UNDERGO SURGERY AT DEPARTMENT OF OTORHINOLARYNGOLOGY IN CHO RAY HOSPITAL

Background: Cancer is one of the reason for undermining people's health, especially laryngeal and hypopharyngeal cancer because the ability of eating will be greatly affected. Therefore, most patients are malnourished when they admit to the hospital. In addition, preoperative malnutrition can be seen as a postoperative prognostic predictor as it increases the rate of postoperative complications. Unfortunately, this problem has been attended insufficiently. **Objectives:** Identifying preoperative nutritional status by Subjective Global Assessment (SGA), Body Mass Index (BMI), serum albumin and serum prealbumin and total of lymphocyte. Evaluating the effectiveness of nutritional treatment perioperation. Observing the correlation between SGA and postoperative complications as well as length of hospital stay. **Materials and method:** Prospective studies, intervention uncontrolled case series. **Results:** 41 patients were separated into two groups. The first group was comprised of 20 patients treated by total laryngectomy technique. The other one consisted of 21 patients operated by gastric pull up technique. The rate of preoperative malnutrition was 31,7 % by BMI; 80,5% by SGA-B & C; 14,6% with serum albumin < 3.5g/dl; 29,3% with serum prealbumin <20 mg/dl and was 29,3% with total lymphocyte < 1500 mm³. Nine patients treated with the preoperative nutrition obtained better results. All of patients were treated postoperative nutrition. As a result, patients' mean weight was higher than the day they were admitted. **Conclusion:** Most of patients were malnourished, approximately 80 per cent according to SGA. This is why we discover these cases earlier will be essential for us to provide proper nutrition in time to get the best postoperative outcomes and reduce the length of hospital stay. **Keywords:** Laryngeal and hypopharyngeal cancer, malnutrition, Subjective Global Assessment (SGA)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đầu mặt cổ là một trong những vị trí ung thư được xem là yếu tố nguy cơ về vấn đề sụt cân. Do đó, những trường hợp này cần đánh giá dinh dưỡng và điều trị kịp thời để nâng đỡ tổng trạng cho bệnh nhân và giúp quá trình hậu phẫu diễn tiến thuận lợi, giảm thiểu nguy cơ xảy ra biến chứng do liên quan đến tình trạng dinh dưỡng kém. Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu:

1) Xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng đánh giá

theo BMI, SGA và albumin máu, prealbumin máu và lympho bào.

2) Đánh giá hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật.

3) Xác định mối liên quan giữa SGA tiền phẫu với biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hạ họng - thanh quản có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 05/2015 – 05/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân ung thư hạ họng - thanh quản được phẫu thuật điều trị cắt thanh quản toàn phần và tái tạo thực quản bằng ống dạ dày hoặc chỉ cắt thanh quản toàn phần tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Ung thư quá

chỉ định phẫu thuật. Bệnh nhân có bệnh lý kèm theo như: đái tháo đường, suy thận, suy gan... Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu có can thiệp hàng loạt ca không đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Nội dung nghiên cứu: Những bệnh nhân ung thư hạ họng – thanh quản được chúng tôi chia làm hai nhóm. Nhóm 1 là phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần và nhóm 2 là phẫu thuật cắt toàn bộ thanh thực quản có tái tạo bằng ống dạ dày. Tất cả bệnh nhân sẽ được đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI, SGA và làm một số xét nghiệm như albumin, prealbumin và lympho bào trước và sau mổ.

Bảng 1. Quy trình can thiệp dinh dưỡng bệnh nhân phẫu thuật ung thư hạ họng – thanh quản

Trước mổ	Chỉ định dinh dưỡng trong suy dinh dưỡng nặng (qua miệng và/hoặc nuôi ăn tĩnh mạch)	Lưu ý/Theo dõi
Ngày 1-2	- Cơm/cháo/súp xay tình trạng nuốt của bệnh nhân. - Bổ sung: sữa năng lượng cao, 1,5kcal/ml - Bổ sung vitamin và các chất vi lượng qua tĩnh mạch	Nếu bệnh nhân ăn uống kém (<2/3 nhu cầu dinh dưỡng) trong 2 ngày này thì bổ sung nuôi ăn qua đường tĩnh mạch: túi ba ngăn hoặc truyền riêng lẻ từng chai đậm đường, mỡ qua chạc ba.
Ngày 3-7	Cho đủ theo nhu cầu dinh dưỡng (năng lượng và đạm)	Tiếp tục bổ sung dinh dưỡng qua tĩnh mạch + bổ sung các vitamin và vi lượng + sữa qua đường miệng Kiểm tra lại: ion đồ, đường huyết, prealbumin, albumin máu. Cân lại bệnh nhân vào N7.
Hậu phẫu	Chỉ định dinh dưỡng (qua sonde và/hoặc nuôi ăn tĩnh mạch)	Theo dõi
Ngày 1-2	- Dinh dưỡng tĩnh mạch: túi ba ngăn chứa đạm, đường, mỡ hoặc truyền riêng lẻ từng chai đậm đường, mỡ qua chạc ba, tổng năng lượng 600kcal. - Pha truyền bổ sung các vitamin và các chất vi lượng. - Qua sonde: Sữa thủy phân, 1 kcal/1ml, 50ml x 4 cử (nhỏ 20 giọt/phút mỗi cử cách 4 tiếng).	- Theo dõi: đau, chướng bụng (nếu chướng nhiều thì kiểm tra dịch tồn lưu dạ dày ngay trước mỗi cử ăn) hoặc nôn ói. Theo dõi trung tiện. Đường huyết, sinh hóa. - Dung nạp tốt: không có triệu chứng Nếu có: Ngưng cử kể, chờ 4 tiếng sau thử cho ăn lại.
Ngày 3-4	Tăng năng lượng nuôi ăn qua tĩnh mạch lên khoảng 900 kcal. Tiếp tục truyền bổ sung vitamin và vi lượng. Qua sonde: tăng lượng sữa lên 100 – 150ml x 4 – 5 cử (tùy nhu cầu năng lượng, đạm bệnh nhân cần)	Theo dõi trung, đại tiện. Nếu chưa đại tiện vẫn không sao, nếu bệnh nhân không chướng hay đau bụng. Kiểm tra lại prealbumin máu
Ngày 5-6	Nếu rút sonde nuôi ăn: Duy trì dinh dưỡng tĩnh mạch và bổ sung các vi chất như trên Uống: sữa thủy phân 150ml x 4 – 5 cử (tùy theo nhu cầu năng lượng, đạm bệnh nhân cần)	Theo dõi tình trạng dung nạp thức ăn
Ngày 7-8	Duy trì dinh dưỡng tĩnh mạch và bổ sung các vi chất như trên cháo: 150 – 200ml x 4 cử	Theo dõi dung nạp thức ăn qua đường miệng; Tính chất đi tiêu.

		Kiểm tra cân nặng prealbumin máu, albumin máu.
Ngày 9 trở đi	Nếu bệnh nhân ăn tốt: ngưng dinh dưỡng tĩnh mạch, chuyển qua ăn cháo và uống sữa năng lượng cao (1,5 kcal/ml) theo nhu cầu bệnh nhân	

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được số liệu từ 41 bệnh nhân và chia làm 2 nhóm. Nhóm 1 có 20 bệnh nhân. Nhóm 2 có 21 bệnh nhân.

3.1. Đặc điểm chỉ số dinh dưỡng của các bệnh nhân trong mẫu

Bảng 2. Đặc điểm chung

Thông số	Giá trị		
	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
BMI (kg/m ²)	12,5	24,6	19,36±2,56
Albumin máu (g/dl)	2,8	4,9	4,07±0,48
Prealbumin máu (mg/dl)	5,5	43	24,11±8,49
Lympho bào (mm ³)	900	4142	2126,15 ±771,92

Tỉ lệ suy dinh dưỡng theo BMI, albumin máu, prealbumin máu và lympho bào lần lượt là 31,7%, 14,6% (albumin <3,5g/dl), 29,3% (prealbumin máu <10 mg/dl) và 29,3% (lympho bào <1500 mm³).

Bảng 3. Phân nhóm SGA lúc nhập viện

SGA	Nhóm 1	Nhóm 2	Tổng
SGA-A	8	0	8
SGA-B	10	15	25
SGA-C	2	6	8
Tổng	20	21	41

Nhóm 1 có 12 trường hợp suy dinh dưỡng. Nhóm 2 với 21 bệnh nhân đánh giá đều có suy dinh dưỡng với các mức độ khác nhau. Nhìn chung, trên tổng số 41 bệnh nhân thì tỉ lệ suy dinh dưỡng đánh giá theo SGA là 80,5%.

3.2. Điều trị dinh dưỡng trước mổ

Bảng 4. Thời gian điều trị dinh dưỡng trước mổ

Số ngày	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 3	1	11,1

Bảng 7. Giá trị dinh dưỡng can thiệp sau phẫu thuật

	Năng lượng		P		Lượng đạm		
	Khuyến nghị	Cung cấp			Khuyến nghị	Cung cấp	P
N1-N3	1268,29±187,75	1262,15±225,25	0,86	N1-N3	64,63±9,64	62,99±11,39	0,36
N4 về sau	1520,15±212,71	1593,29±242,30	0,06	N4 về sau	76±10,63	79,66±12,11	0,06

Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về giá trị năng lượng cũng như lượng đạm ở các giữa thực tế cung cấp so với khuyến nghị của hội dinh dưỡng lâm sàng và chuyển hóa châu Âu (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN).

4 – 6	5	55,6
≥ 7	3	33,3
Tổng	9	100

Thời gian điều trị trung bình 6,78 ± 3,19 ngày. Hầu hết các trường hợp suy dinh dưỡng đều được điều trị trước phẫu thuật khoảng 6 ngày.

Bảng 5. Giá trị dinh dưỡng điều trị trước mổ

	Khuyến nghị	Cung cấp	P
Năng lượng (kcal/ngày)	1393,33 ±154,51	1500,56 ±367,05	0,432
Đạm (g/ngày)	68,80±8,22	70,72±11	0,616

Mức năng lượng và lượng đạm cung cấp so với khuyến nghị không có sự khác biệt cho người bệnh trước mổ.

Bảng 6. Đánh giá sau can thiệp dinh dưỡng trước mổ

	Trung bình ± độ lệch chuẩn		P
	Nhập viện	Sau điều trị	
Cân nặng (kg)	41,44±4,66	42,33±4,52	0,021
Albumin/máu (g/dL)	3,62±0,54	3,65±0,45	0,594
Prealbumin/máu (mg/dL)	15,73±5,57	21,64±2,93	0,003

Có sự cải thiện về trọng lượng trung bình cơ thể từ 41,44 kg tăng lên 42,33 kg (P=0,021) và prealbumin máu từ 15,73 ± 5,57 mg/dL tăng lên 21,64 ± 2,93 mg/dL (P=0,003).

3.3. Dinh dưỡng sau mổ.

Tất cả 41 bệnh nhân sau mổ đều được điều trị dinh dưỡng phối hợp giữa dinh dưỡng qua đường ruột và dinh dưỡng tĩnh mạch. Dinh dưỡng tĩnh mạch được bắt đầu từ ngày đầu sau mổ cho tất cả bệnh nhân. Thời gian bắt đầu ăn qua ống thông dạ dày trung bình 1,29 ± 1,16 ngày, nhỏ nhất là 1 ngày và lớn nhất là 8 ngày. Đa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều được cho ăn sớm trong vòng 24 giờ đầu sau mổ.

Bảng 8. Tình trạng dinh dưỡng lúc nhập viện so với khi xuất viện

	Nhập viện	Xuất viện	P
	Trung bình	Trung bình	
Cân nặng (kg)	50,53±7,75	51,13±7,70	0,02
Albumin/máu (g/dL)	4,07±0,48	4,12±3,84	0,93

Prealbumin/máu (mg/dL)	24,11±8,49	24,64±7,85	0,72
Lympho bào (mm ³)	2126,15 ±771,92	1878,29 ±482,52	0,06

Cân nặng trung bình khi nhập viện khoảng 50 kg tăng lên 51 kg khi xuất viện và khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P=0,02$). Các chỉ số khác như albumin, prealbumin và lympho bào lúc nhập viện so với trước khi xuất viện thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($P>0,05$).

3.4. Môi liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và các biến chứng. Cả 03 bệnh nhân bị dò vết mổ đều có tình trạng suy dinh dưỡng (SGA-B hoặc SGA-C) trước mổ với tỷ lệ 10%. Tuy nhiên sự khác biệt về biến chứng dò vết mổ và phân nhóm SGA không có ý nghĩa thống kê $p=0,617$. Ngoài ra, sự khác biệt giữa biến chứng nhiễm trùng và phân nhóm SGA không ý nghĩa thống kê, $p=0,7$. Mặc dù ta thấy rằng những bệnh nhân có biến chứng đều thuộc nhóm suy dinh dưỡng.

Bảng 9. Môi liên quan giữa SGA và thời gian nằm viện

		SGA-A	SGA-B	SGA-C	P
Nhóm 1	Thời gian (ngày)	11,25 ± 1,28	13,2 ± 2,74	20 ± 7,07	0,003
	N=20	8	10	2	
Nhóm 2	Thời gian (ngày)	0	15,47 ± 2,13	20,17 ± 4,26	0,003
	N=21	0	15	6	

Thời gian nằm viện có khác nhau giữa hai nhóm. Nói chung bệnh nhân càng suy dinh dưỡng nặng thì thời gian nằm viện sẽ càng dài.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng dinh dưỡng trước nhập viện. Theo tổ chức tế thể giới, chỉ số BMI < 18,5 được xếp vào nhóm suy dinh dưỡng. Nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI là 31,7%. Kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Phạm Thanh Thúy (2010) là 30% [1]. BMI là phương pháp nhanh chóng, tiện lợi tuy nhiên kết quả thiếu chính xác vì tiêu chuẩn lấy từ người bình thường giống nhau ở mọi tuổi tác, sắc tộc, quốc gia. Những bệnh lý gây mất nước hay dự trữ nước làm biến đổi cân nặng dẫn đến chỉ số BMI không chính xác. Trong trường hợp bứt đặc lớn khoảng 10% trọng lượng ở người lớn và 4 – 5% ở trẻ em cũng làm BMI mất chính xác. Những thay đổi lâu dài mới ảnh hưởng BMI [2].

SGA là phương pháp có độ nhạy, độ đặc hiệu cao, không xâm lấn, chi phí thấp và dễ thực hiện. Kết quả có 80,5% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có suy dinh dưỡng với (SGA-B hay SGA-C).

Ngoài ra, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo albumin máu (<3,5 g/dl), prealbumin máu (<20 mg/dl) và lympho bào (<1500mm³) lần lượt là 14,6%, 29,3% và 29,3%. Việc dựa vào albumin thấp đánh giá suy dinh dưỡng thì tỷ lệ này thấp là không đúng. Do albumin chỉ phản ánh độ nặng mà không phản ánh tình trạng dinh dưỡng. Tuy nhiên, nó lại là chỉ số tiên lượng tốt cho nguy cơ phẫu thuật. So với dùng chỉ số albumin máu, tỷ lệ suy dinh dưỡng đánh giá theo chỉ số prealbumin máu lại cao hơn do prealbumin máu là protein có thời gian bán hủy ngắn (khoảng 2-3 ngày), trong khi thời gian bán hủy của albumin máu là 18-21 ngày, đồng thời bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác như tính thấm thành mạch, sự cân bằng dịch, tình trạng viêm nên giá trị prealbumin máu nhạy hơn trong sự thay đổi tình trạng dinh dưỡng. Dựa vào lympho đánh giá suy dinh dưỡng thì kết quả của chúng tôi tương tự Gianluigi Devoto (2006) là 28% [3].

4.2. Điều trị dinh dưỡng trước mổ. Theo khuyến cáo của ESPEN, thời gian để can thiệp dinh dưỡng trước mổ trung bình từ 7 đến 14 ngày khi BMI<18,5 hay SGA-C hay albumin máu <3,0g/dL, có 9 bệnh nhân có chỉ định điều trị dinh dưỡng [4], [5]. Trong 09 trường hợp này có 07 bệnh nhân thuộc nhóm 2 và được hỗ trợ dinh dưỡng phối hợp qua đường miệng và tĩnh mạch. 02 trường hợp thuộc nhóm 1 và phương pháp bổ sung dinh dưỡng qua đường miệng đơn thuần. Thời gian chúng tôi can thiệp dinh dưỡng trước mổ trung bình chưa đạt như khuyến nghị đã nêu và chỉ 33% là phù hợp với khuyến nghị dinh dưỡng. Có một số nguyên nhân là do việc cải thiện dinh dưỡng (cải thiện cận lâm sàng hoặc tăng trọng lượng cơ thể) và thời gian phẫu thuật được chỉ định theo phẫu thuật viên). Chúng tôi cung cấp năng lượng và lượng đạm phù hợp với tiêu chuẩn năng lượng cần cung cấp của ESPEN là 25 – 30 kcal/kg/ngày và lượng đạm 1-1,5g/kg/ngày [4], [5]. Sau can thiệp dinh dưỡng trước mổ, tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nói chung có cải thiện, dựa vào sự thay đổi của cân nặng và prealbumin máu.

4.3. Điều trị dinh dưỡng sau mổ. Tất cả bệnh nhân sau mổ được phối hợp dinh dưỡng qua đường ruột và dinh dưỡng tĩnh mạch. Phần lớn bệnh nhân được bắt đầu cho ăn qua sonde sớm 90,24%. Cung cấp dinh dưỡng qua đường ruột sớm sau mổ để bảo đảm tính toàn vẹn của ruột như tính thấm của ruột, điều hòa đáp ứng hệ miễn dịch cũng như làm giảm độ nặng của tình trạng bệnh. Bệnh nhân được bổ sung dinh dưỡng tăng dần từ từ về năng lượng cũng như

lượng đạm cung cấp theo như khuyến nghị của ESPEN để hạn chế xảy ra biến chứng do nuôi ăn như rối loạn chuyển hóa trong hội chứng nuôi ăn lại.

4.4. Mối liên quan SGA với biến chứng sau mổ. Với biến chứng dò vết mổ cũng như nhiễm trùng vết mổ, chúng tôi không thấy mối liên quan giữa SGA và các biến số trên. Mặc dù ta thấy rằng những bệnh nhân có biến chứng đều thuộc nhóm suy dinh dưỡng. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi còn khá nhỏ (N=41). Tuy nhiên, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh được mối liên quan này như Nguyễn Thùy An tỷ lệ biến chứng nhóm SGA-C cao gấp 3,5 lần nhóm SGA-A [6]. Vì thế, khi bệnh nhân có vấn đề về dinh dưỡng trước mổ thì cần phải được can thiệp điều trị để hạn chế tối đa bất lợi có liên quan đến suy dinh dưỡng, điều này phù hợp với khuyến cáo của ESPEN [5].

4.5. Mối liên quan SGA với thời gian nằm viện. Sau khi nghiên cứu trên 41 bệnh nhân chúng tôi thấy rằng thời gian nằm viện khác nhau theo từng nhóm dinh dưỡng và phương pháp phẫu thuật và khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Nói chung, điều này phù hợp với kết luận của nhiều tác giả như Pirlich (2006), thời gian nằm viện trung bình của 3 nhóm SGA-A, B, C lần lượt là 11, 15 và 17 ngày ($P < 0,001$) [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy việc đánh giá và phát hiện sớm những trường

hợp suy dinh dưỡng để kịp thời bổ sung dinh dưỡng cho bệnh nhân trước mổ cũng như bổ sung dinh dưỡng sau mổ là cần thiết vì giúp nâng đỡ tổng trạng và hạn chế xảy ra biến chứng cũng như rút ngắn thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phạm Thanh Thúy, Ngô Mộng Tuyên, Đoàn Trung Phúc và cộng sự.** Khảo sát tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân ung thư vùng đầu cổ. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010. 14 (4), 776.
- J. Bauer.** Use of the scored Patient- Generated Subjective Global Assessment (PGSGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. Eur J Clin Nutr. 2002. 56, pp.779-785.
- G. Devoto, Gallo F., Marchello C.** Prealbumin serum concentrations as a useful tool in the assessment of malnutrition in hospitalized patients. Clin Chem. 2006. 52 (12), 2281-2285.
- Lưu Ngân Tâm.** Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng. Nhà xuất bản y học. 2014. trang 4.
- C. Braunschweig, Gomez S., Sheehan P. M.** Impact of declines in nutritional status on outcomes in adult patients hospitalized for more than 7 days. J Am Diet Assoc. 2000. 100(11), 1316-1322; quiz 1323-1314.
- Nguyễn Thùy An, Lưu Ngân Tâm,** Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan mật tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2011. 15(4), 387.
- M. Pirlich, T. Schutz, K. Norman.** The German hospital malnutrition study. Clin Nutr. 2006. 25(4), pp.563-572.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH THÁI TRÊN PHIM CONEBEAM CT CỦA BỆNH NHÂN CÓ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI GÂY BIẾN CHỨNG

Lưu Văn Tường¹, Bùi Mai Anh^{1,2}, Hoàng Thị Linh¹, Lê Văn San³, Bùi Thế Quang³, Vũ Hồng Phúc³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái răng khôn hàm dưới (RKHD) trên Conebeam CT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là người

bệnh có RKHD gây biến chứng đến khám và điều trị tại Phòng khám Răng Hàm Mặt, Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội, phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Phương pháp nghiên cứu: là nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu là 98 bệnh nhân tương ứng với 98 phim CTGB có đầy đủ hình ảnh của 152 RKHD. **Kết quả:** Răng khôn lệch 80 - 100 độ có khả năng gây sâu mặt xa răng 7 thấp hơn 0,21 lần. Răng khôn có độ nghiêng từ 11-79 độ có khả năng bị sâu thấp hơn 0,42 lần. Răng mọc hoàn toàn có nguy cơ bị sâu răng cao gấp 2,39 lần. Giắt thức ăn làm tăng nguy cơ viêm quanh thân răng khôn lên 12,21 lần, Răng khôn ở vị trí B ít có nguy cơ bị viêm quanh thân răng khôn hơn 0,43 lần. Người bệnh đến khám với lý do đau ít có nguy cơ gây tiêu xương ổ răng hơn 0,17 lần. **Kết**

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Linh

Email: linhnana0210@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024