

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ ĐẶC ĐIỂM KHẨU PHẦN TRƯỚC VÀ SAU MỔ MỎ Ở NGƯỜI BỆNH U XƠ TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2019

*Phạm Quỳnh Anh¹, Ngô Thị Nhu², Nguyễn Trọng Hưng³,
Phạm Thị Dung⁴*

Mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và đặc điểm khẩu phần trước và sau mổ ở người bệnh u xơ tử cung (UXTC) điều trị tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Thái Bình năm 2019. Đối tượng: Người bệnh u xơ tử cung. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Bệnh chủ yếu gặp ở nhóm tuổi trên 40 tuổi chiếm 74,5% và chủ yếu là những phụ nữ làm nông nghiệp; Có 8,6% người bệnh thiếu năng lượng trường diễn (TNLTT); Tỷ lệ người bệnh có giảm albumin huyết thanh (<35 g/l) khi nhập viện là 21,6%, khi ra viện tỷ lệ này còn 1,7%; Năng lượng khẩu phần trung bình chung là 2182,7± 589,4 kcal; Tỷ lệ đối tượng đạt về nhu cầu các chất sinh năng lượng là glucid 77,6% , lipid 72,4%, protein 89,7%. **Kết luận:** Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh là tương đối tốt, một số đối tượng có giảm albumin huyết thanh khi vào viện nhưng được cải thiện rất tốt khi ra viện.

Từ khóa: *Tình trạng dinh dưỡng, Khẩu phần, Phẫu thuật, U xơ tử cung, Thái Bình.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung (hay còn gọi là nhân xơ tử cung) là một khối u của các tế bào cơ mềm và các mô có thể gây ra tình trạng chảy máu kinh nguyệt nặng hoặc kéo dài, chảy máu tử cung bất thường. Kết quả là thiếu máu, ăn uống kém và tăng nguy cơ suy dinh dưỡng [1].

Suy dinh dưỡng (SDD) đang là hiện tượng phổ biến của người bệnh nằm viện kể cả ở các nước phát triển và đang phát triển. Tỷ lệ mắc SDD của người bệnh tại bệnh viện dao động khác nhau tùy theo từng loại bệnh lý, phụ thuộc vào các ngưỡng giá trị của các công cụ đánh giá [2, 3].

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh lợi ích của chăm sóc dinh dưỡng trước và sau mổ, dinh dưỡng kém có liên quan đến kết cục sau mổ kém, chậm lành vết thương, khó cai máy thở (đối với các bệnh nhân phải thở máy sau mổ), SDD, nhiễm trùng vết mổ... từ đó làm tăng tỷ lệ tử vong chu phẫu cho người bệnh [4]. Xác định các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ về dinh dưỡng từ đó có kế hoạch dinh dưỡng hợp lý, nâng cao tổng trạng trước mổ, phòng SDD sau mổ, giúp bệnh nhân mau hồi phục, xuất viện sớm, giảm được chi phí điều trị từ đó giảm được chi phí y tế cho quốc gia. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu:

¹BS – Bệnh viện Phụ sản Thái Bình

Email: Quynhanhkun@gmail.com

²PGS.TS. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³TS. BS- Viện Dinh dưỡng quốc gia

⁴TS- Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Ngày nhận bài: 10/5/2020

Ngày phản biện đánh giá: 20/5/2020

Ngày đăng bài: 5/6/2020

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm khẩu phần trước và sau mổ mở ở người bệnh u xơ tử cung điều trị tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Thái Bình năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Thái Bình.

- Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh dưới 65 tuổi được chẩn đoán là u xơ tử cung chỉ định phẫu thuật mổ mở UXTC.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 6/2019 – 12/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a/ Cỡ mẫu: Cỡ mẫu theo tính toán theo công thức

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

Trong đó:

- n là số người bệnh tham gia điều tra.
- $Z_{(1-\alpha/2)}$ là độ tin cậy lấy ở ngưỡng xác suất $\alpha = 5\%$ (lấy bằng 1,96).
- p: Tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn theo BMI qua sàng lọc dinh dưỡng thực tế tại bệnh viện là 12%.
- d: chọn $d = 0,06$.

Ta tính được $n = 113$ người. Thực tế điều tra 116 người bệnh.

b/ Phương pháp chọn mẫu:

Chọn tất cả người bệnh được chẩn đoán là u xơ tử cung điều trị bằng phương pháp mổ mở đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu và loại mẫu cho đến khi đủ cỡ mẫu đã tính

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

* Phỏng vấn :

Phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ phiếu điều tra được thiết kế trước.

* Khám lâm sàng: Các đối tượng được khám lâm sàng để phát hiện các triệu chứng đặc hiệu, chẩn đoán sàng lọc một số bệnh lý liên quan.

* Nhân trắc dinh dưỡng

+ Cân nặng: Sử dụng cân Laica (độ chính xác 0,1 kg).

+ Đo chiều cao đứng bằng thước gỗ sản xuất theo tiêu chuẩn của Mỹ, độ chia chính xác tới milimet. Chiều cao được ghi theo cm với một số lẻ.

Tình trạng dinh dưỡng	Chỉ số BMI
Thiếu năng lượng trường diễn (CED)	< 18,5
Bình thường	18,5 – 24,9
Thừa cân, béo phì	≥ 25

- Theo phương pháp SGA (Subjective global assessment) Là một công cụ lâm sàng để đánh giá TTDD dựa vào:

- + Thay đổi cân nặng: Đánh giá từ 0-2 điểm
- + Thay đổi khẩu phần: Đánh giá từ 0-2 điểm
- + Các triệu chứng dạ dày, ruột kéo dài trên 2 tuần: Đánh giá từ 0-2 điểm
- + Thay đổi chức năng vận động: Đánh giá từ 0-2 điểm
- + Các bệnh mắc phải và ảnh hưởng của stress chuyển hóa: Đánh giá từ 0-2 điểm.

+ Các dấu hiệu lâm sàng dinh dưỡng (mất lớp mỡ dưới da, phù, cổ chướng):
Đánh giá từ 0-2 điểm.

Người bệnh được phân loại TTDD theo 3 loại:

- + Dinh dưỡng tốt = 9 -12 điểm.
- + SDD nhẹ, trung bình = 4-8 điểm
- + Suy dinh dưỡng nặng = 0-3 điểm.

* Khám lâm sàng

Người bệnh được khám lâm sàng để phát hiện các triệu chứng như mất lớp mỡ dưới da, phù, teo cơ, cổ chướng....

* Xét nghiệm sinh hóa

Định lượng Hemoglobin :

- + Thiếu máu nhẹ (Hb 90 - <120 g/L)
- + Thiếu máu vừa (Hb 70 - < 90g/L)
- + Thiếu máu nặng (Hb < 70g/L)

Định lượng Albumin huyết thanh :
Người bệnh được coi là thiếu Albumin khi nồng độ Albumin < 35 g/L.

+ Albumin huyết thanh từ 28 – 34 g/L:
Thiếu mức độ nhẹ.

+ Albumin huyết thanh từ 21 – 27 g/L:
Thiếu mức độ vừa.

+ Albumin huyết thanh < 21 g/L:
Thiếu mức độ nặng.

* Điều tra khẩu phần trước khi phẫu thuật
Áp dụng phương pháp hỏi ghi 24h qua với mẫu phiếu điều tra đã được thiết kế sẵn, và được hoàn thiện sau khi thử nghiệm.

2.4. Các phương pháp hạn chế sai số

Lựa chọn các điều tra viên là người có kinh nghiệm tham gia nghiên cứu tại cộng đồng và được tập huấn kỹ trước khi điều tra. Đối tượng được chọn theo phương pháp chọn mẫu chuẩn xác, có tiêu chuẩn chọn mẫu rõ ràng. Thực hiện giám sát chặt chẽ.

2.5. Xử lý số liệu

Làm sạch số liệu từ phiếu điều tra. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Data. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê Y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=116)

Thông tin chung	≤ 40 tuổi (n=30)		> 40 tuổi (n=86)		Chung (n=116)		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Nghề nghiệp	Làm ruộng	16	53,3	34	39,5	50	43,1
	Buôn bán	2	6,7	20	23,3	22	19,0
	Cán bộ viên chức	9	30,0	23	26,7	32	27,5
	Công nhân	3	10,0	3	3,5	6	5,2
	Khác	0	0,0	6	7,0	6	5,2
Thời gian phát hiện bệnh	Dưới 3 năm	15	50,0	18	20,9	33	28,4
	3-5 năm	14	46,7	58	67,4	72	62,1
	Trên 5 năm	1	3,3	10	11,6	11	9,5

Kết quả Bảng 1 cho thấy: Người bệnh chủ yếu ở nhóm trên 40 tuổi chiếm 74,1%. Về phân bố nghề nghiệp chủ yếu là nông dân chiếm 43,1 %, cán bộ viên chức (27,5%) và buôn bán (19%) ít nhất là nhóm công nhân và các công việc

khác cùng chiếm 5,2 %. Thời gian phát hiện bệnh của đối tượng nghiên cứu là từ 3-5 năm chiếm 62,1 %. Nhóm đối tượng phát hiện sau 5 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9,5 % còn lại là các đối tượng phát hiện sớm dưới 3 năm chiếm 28,4%.

Bảng 2. Giá trị trung bình cân nặng, BMI và TTDD người bệnh theo BMI trước và sau phẫu thuật (n=116)

Đặc điểm	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	SL	%	SL	%
Cân nặng ($\bar{X} \pm SD$) (kg)	48,90 \pm 4,24		48,4 \pm 4,26	
BMI ($\bar{X} \pm SD$)	20,24 \pm 1,49		20,02 \pm 1,46	
Thiếu năng lượng trường diễn	10	8,6	12	10,3
Bình thường	106	91,4	104	89,7

Kết quả nghiên cứu tại Bảng 2 cho thấy: Giá trị trung bình cân nặng của người bệnh trước phẫu thuật là 48,9 kg cao hơn sau phẫu thuật (48,4 kg). Trước

phẫu thuật có 8,6% người bệnh thiếu năng lượng trường diễn, thì sau phẫu thuật tăng lên là 10,3%.

Bảng 3. Tỷ lệ thiếu máu, thiếu albumin của đối tượng khi nhập viện và xuất viện (n=116)

Tình trạng		Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật		p
		SL	%	SL	%	
Thiếu máu	Có	50	43,1	12	10,3	<0,05
	Không	66	56,9	104	89,7	
Albumin	Giảm	25	21,6	2	1,7	<0,05
	Bình thường	93	80,2	114	98,3	

Kết quả nghiên cứu tại Bảng 3 cho thấy: Tỷ lệ người bệnh thiếu máu trước phẫu thuật là 43,1%, cao hơn sau phẫu thuật chiếm 10,3%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ người bệnh giảm albumin trước phẫu thuật là 21,6%, cao hơn sau phẫu thuật là 1,7%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Thay đổi cân nặng trong 2 tuần qua của người bệnh theo SGA trước phẫu thuật

Cân nặng	Dưới 5 năm (n=56)		≥ 5 năm (n=60)		Chung (n=116)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tăng cân	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cân nặng ổn định	34	60,7	38	63,3	72	62,1
Giảm cân	22	39,3	22	36,7	44	37,9

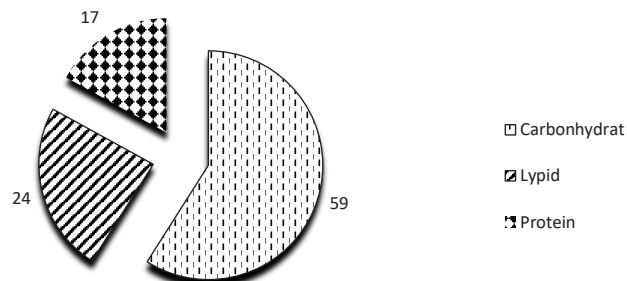
Kết quả tại Bảng 4 cho thấy: Người bệnh chủ yếu có chỉ số cân nặng ổn định chiếm 62,1%, tỷ lệ người bệnh bị giảm cân chiếm 37,9%, không có người bệnh tăng cân.

Bảng 5. Giá trị năng lượng khẩu phần (Kcal/ngày) của đối tượng theo nhóm tuổi và thời gian mắc bệnh (n=116)

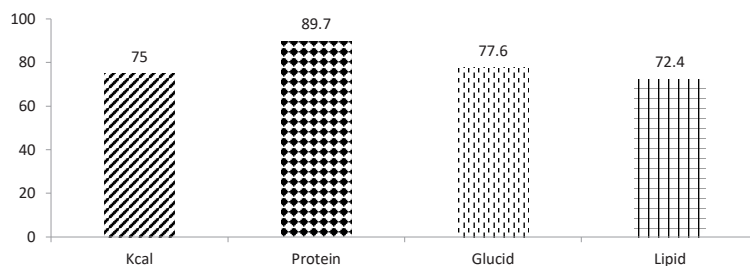
Nhóm tuổi	Mắc bệnh < 5 năm (n=56) TB±SD	Mắc bệnh ≥ 5 năm (n=60) TB±SD	Chung (n=116) TB±SD	p
≤ 40 tuổi	1924,9±428,2	1996,6±596,8	1948,8±481,5	>0,05
Trên 40 tuổi	2134,2±587,8	2358,0±603,8	2264,3±603,9	>0,05
Chung	2059,5±541,7	2297,8±612,9	2182,7±589,4	<0,05

Kết quả Bảng 5 cho thấy: Giá trị năng lượng khẩu phần trung bình của các người bệnh là 2182,7±589,4 Kcal. Trong đó nhóm tuổi dưới 40 tuổi có năng lượng

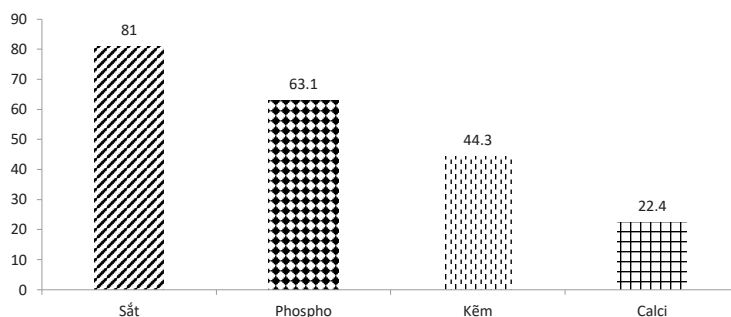
khẩu phần (1948,8±481,5 Kcal) thấp hơn so với của nhóm người bệnh trên 40 tuổi (2264,3±603,9 Kcal). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

**Biểu đồ 1. So sánh tỷ lệ các chất sinh năng lượng khẩu phần**

Kết quả Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ các chất sinh năng lượng trong khẩu phần ăn của đối tượng là glucid chiếm 59,0%, tỷ lệ lipid chiếm 24,0% và có 17,0% khẩu phần ăn là protein.

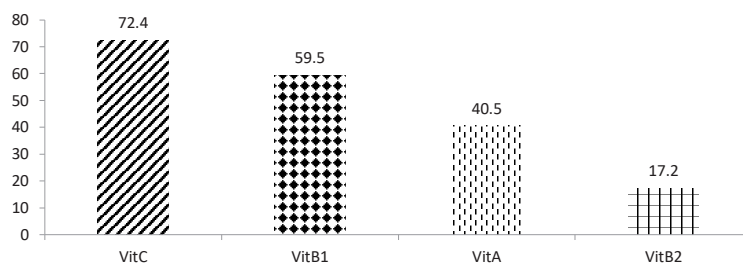


Biểu đồ 2. Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu các chất sinh năng lượng khẩu phần



Biểu đồ 3. Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu các chất khoáng trong khẩu phần

Kết quả Biểu đồ 3 cho thấy: Tỷ lệ đối tượng đạt hàm lượng sắt trong khẩu phần so với nhu cầu khuyến nghị là 81,0%, photpho là 63,1%, kẽm là 44,3% và canxi là 22,4%.



Biểu đồ 4. Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu các vitamin trong khẩu phần

Kết quả Biểu đồ 4 cho thấy: Tỷ lệ đối tượng đạt hàm lượng vitamin C trong khẩu phần so với nhu cầu khuyến nghị là 43,4%, vitamin B1 là 59,5%, vitamin A là 40,5% và vitamin B2 là 17,2%.

BÀN LUẬN

Thông thường, UXTC được phát hiện ở lứa tuổi 40. Việc chỉ định phẫu thuật cũng thường liên quan đến tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua thống kê tổng số 116 người bệnh cho thấy độ tuổi chủ yếu phát hiện và điều trị UXTC là sau 40 tuổi với tỷ lệ 74,14%. Tỷ lệ này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh UXTC khi mà theo nghiên cứu tần suất xuất hiện UXTC tăng theo tuổi. Phụ nữ trên 40 tuổi có nguy cơ bị UXTC cao hơn 4 lần phụ nữ dưới 40 tuổi [5].

Theo nghiên cứu của Trần Thị Thu Hà về kết quả điều trị UXTC bằng phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản Thái Bình năm 2017 lứa tuổi hay gặp nhất là từ 40-49 tuổi chiếm tỷ lệ 41,6% [6].

Một nghiên cứu được thực hiện tại Mỹ với những phụ nữ được chọn ngẫu nhiên trong độ tuổi từ 35 đến 49 (được sàng lọc bằng cách tự báo cáo, hồ sơ bệnh án và siêu âm) cho thấy tỷ lệ mắc u xơ tử cung ở tuổi 35 là 60% ở những phụ nữ Mỹ gốc Phi, tăng lên trên 80% ở độ tuổi 50, trong khi phụ nữ da trắng cho thấy tỷ lệ mắc 40% ở độ tuổi 35 và gần 70% ở độ tuổi 50. Tỷ lệ mắc bệnh (dựa trên cả siêu âm phát hiện u xơ ở phụ nữ có tử cung còn nguyên vẹn và bằng chứng u xơ trước đó ở những phụ nữ đã cắt tử cung) tăng theo tuổi, nhưng tốc độ tăng chậm ở tuổi già. Điều này cho thấy tử cung tiền mãn kinh ít bị ảnh hưởng đến sự phát triển của u xơ [7].

Đánh giá TTDD qua chỉ số BMI, Tổ chức Y tế thế giới khuyến dùng “chỉ số

khối cơ thể” (Body Mass Index- BMI, WHO 1998) để đánh giá TTDD của người trưởng thành. Theo WHO thì TTDD ở người trưởng thành được đánh giá là "Bình thường" khi BMI trong ngưỡng 18,50-24,99; "Gầy" khi chỉ số BMI <18,50; "Thừa cân" khi BMI >25,0; "Béo phì" khi BMI >30,0 [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BMI ở mức bình thường chiếm 91,4%. Không có người bệnh thừa cân béo phì, tỷ lệ người bệnh gầy chiếm rất thấp (8,6%). Các kết quả cho thấy tỷ lệ SDD theo BMI của chúng tôi thấp hơn hầu hết các nghiên cứu của các tác giả trước đó trên thế giới và tại Việt Nam. Tỷ lệ SDD bệnh viện trên thế giới dao động từ 20-50% số người bệnh, và tại Việt Nam các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ SDD là 30-50% [2].

Kết quả nghiên cứu của tác giả Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Thùy An về TTDD trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan mật tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2011 trên 104 người bệnh có 66,7% người bệnh có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường (BMI từ 18,5 đến dưới 25), 25,8% người bệnh thiếu năng lượng trường diễn (BMI dưới 18,5) [4].

Điều này có thể giải thích là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đánh giá đối với những người bệnh nhập viện điều trị UXTC, các người bệnh này chủ yếu phát hiện bệnh thông qua thăm khám sức khỏe định kỳ. UXTC lại là một u có tỷ lệ lành tính cao, ít ảnh hưởng đến đời sống cũng như sinh hoạt của người bệnh. Đa số người bệnh đến điều trị đều sau khoảng 1 thời gian dài

phát hiện bệnh và họ đã chuẩn bị đầy đủ về thể chất cũng như tinh thần trước khi nhập viện. Do đó sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và kết quả nghiên cứu khác là điều hoàn toàn dễ hiểu.

Kết quả nghiên cứu về TTDD theo Albumin/ huyết thanh của người bệnh cho thấy nồng độ Albumin/ huyết thanh trước mổ không chỉ dùng để đánh giá TTDD, độ nặng của bệnh mà còn là một yếu tố có ý nghĩa trong tiên lượng biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Nếu nồng độ Albumin/ huyết thanh càng giảm thì nguy cơ biến chứng sau mổ càng tăng lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25/116 người bệnh nhập viện trong tình trạng thiếu albumin huyết thanh chiếm tỷ lệ 21,6%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ 18,3% thiếu albumin huyết thanh trong nghiên cứu của tiến sĩ Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Thùy An khi đánh giá TTDD trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan mật tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy [4]. Có sự khác biệt này có thể do một số lý do sau: Phần lớn các người bệnh phẫu thuật UXTC tại bệnh viện phụ sản Thái Bình đều đã phát hiện bệnh từ một đến nhiều năm trước.

Khi đánh giá về mức năng lượng khẩu phần trung bình của 116 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $2182,7 \pm 589,4$ Kcal đáp ứng khoảng 75% so với nhu cầu khuyến nghị cho người trưởng thành của người Việt Nam năm 2016. Khi so sánh mức năng lượng khẩu phần trung bình theo

nhóm tuổi của nhóm dưới 40 tuổi là $1948,8 \pm 481,5$ Kcal, ở nhóm từ 40 tuổi trở lên là $2264,3 \pm 603,9$ Kcal. Có sự chênh lệch khá lớn giữa hai nhóm tuổi về mức năng lượng khẩu phần ăn trung bình của 2 nhóm tuổi.

Xét về tỷ lệ phần trăm năng lượng do lipid cung cấp theo nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Tô Thị Hải khi nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Huyện Tiền Hải năm 2014 giao động trong khoảng $14,8 \pm 8,0\%$ đến $21,3 \pm 6,9\%$ [8].

Về mức năng lượng khẩu phần chung nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu của tác giả Tô Thị Hải về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Tiền Hải năm 2014 cho thấy mức năng lượng khẩu phần của bệnh nhân khoa Nội là $1771,2 \pm 148,4$ Kcal, khoa Ngoại là $1791,3 \pm 157,748$ Kcal, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [8]. Năng lượng trung bình do protein cung cấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Tô Thị Hải: năng lượng trung bình do protein cung cấp ở bệnh nhân khoa Nội là $13,8 \pm 4,1\%$, khoa Ngoại $18,4 \pm 6,4\%$, ngược lại năng lượng do glucid cung cấp ở bệnh nhân khoa Nội $69,3 \pm 11,1\%$ cao hơn khoa Ngoại ($63,4 \pm 10,4\%$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Năng lượng trung bình do lipid cung cấp ở bệnh nhân khoa Nội là $16,8 \pm 9,0\%$ cao hơn khoa Ngoại ($18,1 \pm 7,3\%$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [8].

Khi nghiên cứu về tỷ lệ đối tượng đạt nhu cầu các chất khoáng trong khẩu phần ăn thì chỉ có nhóm photpho và sắt là có tỷ lệ cao với lần lượt là 89,7% và 81%. Còn canxi và kẽm tuy giá trị trung bình là khá cao so với khuyến nghị nhưng lại chỉ đạt lần lượt 28,4% và 42,2%. Điều này cho thấy khẩu phần ăn của các người bệnh là không đồng đều và không thực sự hợp lý. Có 1 nhóm người bệnh ăn uống bổ sung quá nhiều canxi và kẽm nhưng ngược lại có 1 nhóm người bệnh lại ăn bổ sung rất ít các khoáng chất này. Hàm lượng các vitamin trong khẩu phần đạt được khá tốt theo mức khuyến nghị.

IV. KẾT LUẬN

- Có 8,6% người bệnh u xơ tử cung thiếu năng lượng trường diễn, không có người bệnh thừa cân béo phì.

- Tỷ lệ giảm albumin huyết thanh ở bệnh nhân u xơ tử cung khi vào viện là 21,6% nhưng đã được cải thiện khá tốt trong thời gian nằm viện nên khi ra viện chỉ còn 1,7% số đối tượng thiếu.

- Năng lượng khẩu phần trung bình chung là $2182,7 \pm 589,4$ Kcal. Tỷ lệ đối tượng đạt về nhu cầu các chất sinh năng lượng là: glucid 77,6% , lipid 72,4%, protein 89,7%.

KHUYẾN NGHỊ

1 Bệnh viện cần xây dựng kế hoạch giám sát chế độ ăn của người bệnh và cung cấp đủ năng lượng khẩu phần, đảm bảo cân đối các chất sinh năng lượng và các chất không sinh năng lượng. Xây

dựng thực đơn riêng cho các nhóm đối tượng phụ khoa, sản khoa nhằm đáp ứng yêu cầu của quá trình điều trị. Tiến hành việc báo xuất ăn tại khoa dinh dưỡng, tiến hành hội chẩn, chỉ định các xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng, lập kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng với các người bệnh có SDD và có nguy cơ suy dinh dưỡng.

2. Bệnh viện cần có kế hoạch tư vấn dinh dưỡng đầy đủ cho người bệnh trước và sau phẫu thuật. Bệnh viện cần xây dựng thực đơn thích hợp với từng mặt bệnh, lên phương án dinh dưỡng qua đường miệng sớm nhằm đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng và đảm bảo khả năng hồi phục sớm cho người bệnh. Qua đó giảm thiểu biến chứng, cũng như thời gian nằm viện. Có kế hoạch tư vấn, xây dựng thực đơn cho người bệnh kể cả khi đã xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2019). *Hướng dẫn lâm sàng xử trí u xơ tử cung*. NXB Y học, 2019.
2. C. Ferreira at all (2012). *Nutritional risk and status of surgical patients; the relevance of nutrition training of medical students*. Nutr Hosp. 27(4):1086-1091.
3. WHO (2020). *Body mass index - BMI*.
4. Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Thuỳ An (2011). *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 TP Hồ Chí Minh. Tập 15, phụ bản số 4, tr. 387 - 393.
5. Nguyễn Văn Tư (2013). *Thực hành lâm sàng sản phụ khoa*, NXB Y học.

6. Trần Thị Thu Hà (2017). *Nghiên cứu kết quả điều trị U xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện phụ sản Thái Bình*. Luận án CKII, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
7. Aamir T Khan, Manjeet Shehmar và Janesh K Gupta (2014). *Uterine fibroids: current perspectives*. International Journal of Women's Health. 6, 95-114.
8. Tô Thị Hải (2014). *Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Tiền Hải năm 2014*. Luận văn Thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

Summary

NUTRITIONAL STATUS AND DIETARY CHARACTERISTICS BEFORE AND AFTER OPEN SURGERY IN PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS TREATED IN THAI BINH OBSTETRICS HOSPITAL IN 2019

The study aimed to describe nutritional status and dietary characteristics before and after open surgery in patients with uterine fibroids treated in Thai Binh Obstetrics Hospital in 2019. **Subjects:** patients with uterine fibroids. **Method:** Descriptive study through a cross-sectional survey. **Results:** The disease was mainly found in the age group above 40 years old, accounting for 74.5% and the patients were mainly agricultural women; 8.6% of patients had chronic energy deficiency. The percentage of patients with reduced albumin (<35g/l) at admission was 21.6%, this rate at discharge was 1.7%; The average dietary energy intake was 2182.7 ± 589.4 kcal; The proportion of subjects meeting the nutrient requirements was 77.6% for carbohydrates, 72.4% for lipid, and 89.7% for protein. **Conclusion:** The disease was mainly found in the age group above 40 years old. The nutritional status of the patients was generally good. Some patients had reduced albumin when being admitted to the hospital but it improved very well at discharge.

Keywords: *Nutritional status; Surgery; Uterine fibroids; Dietary characteristics, Thai Binh province.*