

THAY ĐỔI LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN CẢN NGƯỢC VÙNG CỬA TRONG ĐỘ TUỔI RĂNG HỖN HỢP GIAI ĐOẠN SỚM BẰNG HÀM THẢO LẬP CHỨC NĂNG

Phạm Thu Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi trước sau điều trị trên lâm sàng sau khi điều trị cản ngược vùng cửa trên hàm răng hỗn hợp giai đoạn sớm bằng hàm tháo lắp chức năng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân có cản ngược vùng cửa trong độ tuổi răng hỗn hợp đến khám và điều trị bằng hàm chức năng Myobrace i3 tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả thăm khám lâm sàng. **Kết quả:** Chiều cao tăng mặt dưới tăng $0,37 \pm 0,37$ mm, độ cắn chìa tăng $-3,73 \pm 1,50$ mm; Thói quen xấu đẩy lưỡi đã được loại bỏ 85,7%, Phan lưỡi bám thấp được loại bỏ hoàn toàn 100%, vị trí lưỡi đặt thấp loại bỏ 80%. Thời gian điều trị trung bình đến khi hết ngược là $14,47 \pm 1,31$ tháng. Bệnh nhân tuân thủ tốt các bước điều trị. **Kết luận:** Các bệnh nhân có khớp cắn ngược vùng cửa trên hàm răng hỗn hợp giai đoạn sớm có vị trí lưỡi đặt thấp, hay kèm theo thói quen xấu đẩy lưỡi, chiều cao tăng mặt dưới thấp và tương quan răng 6 theo Angle chủ yếu loại III sau đó đến loại I và không có tương quan loại II

SUMMARY

CLINICAL FEATURE CHANGES IN ANTERIOR CROSSBITE IN EARLY MIX DENTITION TREATED BY FUNCTIONAL APPLIANCE

Objective: Evaluation of the clinical features before and after treatment anterior crossbite in early mix dentition by functional appliance. **Material and method:** 30 patients with anterior crossbite in early mix dentition were examined and treated my functional appliance myobrace i3 in National Hospital of Odonto Stomatology, analysis index in the clinical feature before and after treatment. **Result:** Low facial was increased $0,37 \pm 0,37$ mm, over jet was increased $-3,73 \pm 1,50$ mm, tongue thrust was decreased 85,7%, tongue tie was decreased 100%, low position of tongue was decreased 100%. Treatment time was $14,47 \pm 1,31$ months.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị cản ngược vùng cửa cần đánh giá thể bệnh một cách toàn diện trong đó cần đánh giá yếu tố nguyên nhân. Nguyên nhân cản ngược vùng cửa có thể do răng, do xương hoặc do các nguyên nhân ngoại lai như các thói quen không

tốt ở vùng hàm mặt. Đối với nguyên nhân do các chức năng hàm mặt nếu được phát hiện sớm, điều trị sớm sẽ giúp cho sự phát triển khuôn mặt cũng như khớp cắn của trẻ được phát triển theo hướng thuận lợi nhất.

Có rất nhiều các phương pháp điều trị cản ngược chức năng khác nhau như hàm tháo lắp [1] đẩy răng cửa trên ra trước, khí cụ cố định [2], [3], khí cụ Calta [4], Myobrace [5]. Đặc biệt khí cụ chức năng Myobrace tập trung vào các yếu tố căn nguyên, chỉnh sửa các thói quen cơ kém làm ảnh hưởng đến răng, hàm và sự phát triển khuôn mặt, hướng đến giải pháp chỉnh nha tự nhiên bởi tính tiện dụng và đặc điểm nổi bật khi kết hợp loại bỏ những thói quen xấu ở cơ miệng như thở miệng, đẩy lưỡi, mút môi... là nguyên nhân gây ra sai lệch khớp cắn. Khí cụ Myobrace còn có thể được sử dụng để làm đều răng, tác động lực nhẹ mở rộng cung hàm, điều chỉnh tương quan 2 hàm [5]. Ngoài ra cũng giống như các loại hàm tháo lắp, chúng còn thể hiện hiệu quả kinh tế khi phí thấp, ít gây ảnh hưởng đến các vùng xung quanh như mô mềm, dễ dàng tháo lắp, dễ dàng vệ sinh [6], [7].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Nắn chỉnh răng bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội trong thời gian 2021-2022 thỏa mãn tiêu chuẩn:

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân đang ở giai đoạn đầu của hàm răng hỗn hợp, có khớp cắn ngược vùng cửa, vị trí tương quan tâm khác cắn khít trung tâm ($CO \neq CR$), bệnh nhân chưa từng được nắn chỉnh răng, bệnh nhân có bố mẹ hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Di tật bẩm sinh vùng hàm mặt, bệnh nhân không hợp tác.

2. Thiết kế nghiên cứu. Là nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng nhằm so sánh sự thay đổi trước – sau điều trị trên 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Chọn mẫu thuận tiện

3. Biến số và các chỉ số dùng trong nghiên cứu

Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Khám sàng lọc chọn lựa đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân đến khám được phân loại giai đoạn

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: Trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023

hàm răng hỗn hợp giai đoạn sớm, nếu có cắn ngược vùng cửa, vị trí tương quan tâm khác cắn khít trung tâm, được đưa vào nhóm nghiên cứu.

Bước 2: Tiến hành hỏi bệnh, điều tra thói quen xấu, khám lâm sàng, lấy mẫu nghiên cứu, phân tích mẫu hàm.

Bước 3: Tiến hành phân tích, đánh giá

Bước 4: Điều trị bệnh nhân với hàm myobrace i3 theo size phù hợp.

- Giai đoạn 1: bắt đầu đeo hàm đúng chiều, đặt hàm răng trên và dưới tương ứng rãnh của hàm răng trên hàm. Lưỡi đặt đúng vị trí lưỡi trên hàm myobrace, đầu lưỡi đặt đúng thềm lưỡi. Hai môi khép vào nhau. Thời gian đeo: đeo 2-3h khi tỉnh và toàn thời gian khi ngủ. Khi đeo hàm lúc

tỉnh: Luôn mím môi và tập 3 bài tập sau, mỗi bài 10 phút.

- Giai đoạn 2: khi hàm không còn rơi ra ngoài lúc ngủ, khi thở được bằng mũi, lưỡi đặt đúng vị trí, thì chuyển sang giai đoạn 2. Với cách đeo và thời gian đeo cũng như giai đoạn 1. Đến khi hết cắn ngược tức là độ cắn chìa lớn hơn hoặc bằng 0 thì kết thúc giai đoạn II. Giai đoạn 2 cũng kéo dài từ 4-6 tháng.

Bước 5: Lấy dấu mẫu hàm, chụp phim và phân tích phim sọ nghiêng khi kết thúc điều trị. So sánh kết quả trước và sau khi điều trị. Cho bệnh nhân đeo hàm duy trì giai đoạn 3

Bước 6: Nhập và xử lý số liệu

Bước 7: Tổng hợp số liệu và viết báo cáo.

Bảng: Các biến số dùng trong nghiên cứu

| Biến số | Cách xác định | Phân loại biến |
|------------------------------|---|----------------|
| Đặc điểm chung | | |
| Tuổi | Hỏi bệnh | Liên tục |
| Giới | Hỏi bệnh | Nhị phân |
| Đặc điểm lâm sàng | | |
| Phanh lưỡi bám thấp | Dài sợi dính ở phanh ở mức trung bình và còn đàn hồi, lưỡi được giữ từ 2 - 4 mm từ đầu sàn miệng gần với rãnh sau các răng cửa dưới. Dài sợi còn nhìn thấy nhưng dày và cứng hơn neo từ giữa dưới lưỡi đến sàn miệng. Dài sợi dính ở phanh bị lấp phía sau hoặc không nhìn thấy nhưng chạm vào bằng đầu ngón tay có thể cảm nhận các sợi dai chắc neo giữ lưỡi. | Nhị phân |
| Thói quen xấu đẩy lưỡi | Kết thúc quá trình nuốt nếu thấy lưỡi bệnh nhân đặt giữa 2 hàm răng trên và dưới. | Nhị phân |
| Vị trí lưỡi đặt thấp | Kết thúc quá trình nuốt nếu thấy lưỡi bệnh nhân đặt giữa 2 hàm răng trên và dưới. | Nhị phân |
| Chiều cao tăng mắt dưới (mm) | Khoảng cách từ chân cánh mũi đến đỉnh cằm | Liên tục |
| Cắn tràm (mm) | Độ cắn tràm là khoảng cách giữa rìa cắn răng cửa trên và dưới theo chiều đứng khi hai hàm cắn khớp | Liên tục |
| Cắn chìa (mm) | Là khoảng cách giữa rìa cắn răng cửa trên và dưới theo chiều trước sau | Liên tục |
| Tương quan răng 6 | Loại I: đỉnh nướu ngoài gần răng 6 trên khớp rãnh ngoài gần răng 6 dưới. Loại II: đỉnh nướu ngoài gần răng 6 trên nằm về phía gần rãnh ngoài gần răng 6 dưới. Loại III: đỉnh nướu ngoài gần răng 6 trên nằm về phía xa rãnh ngoài gần răng 6 dưới. | Danh định |

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bởi phần mềm SPSS 20.0

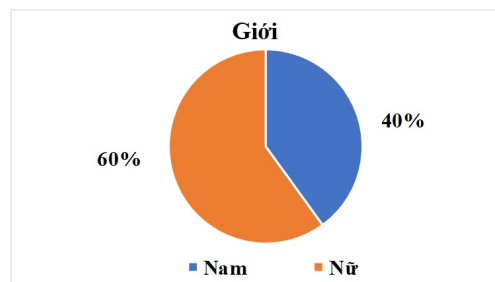
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện tại cơ sở có sự đồng ý của bệnh viện RHM Trung Ương Hà Nội

- Giải thích rõ cho đối tượng về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố giới



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ phân bố giới trong nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Giới nữ chiếm 60% tổng số lượng điều trị trong khi giới Nam chiếm tỉ lệ thấp hơn với 40%.

3.2. Tuổi trung bình bắt đầu điều trị

Bảng 3.1: Tuổi trung bình bắt đầu điều trị

| Biến | GTTB+- SD | GTLN | GTNN |
|------|-------------|------|------|
| Tuổi | 8,07 ± 0,94 | 10 | 6 |

Nhận xét: Tuổi trung bình bắt đầu điều trị là 8,07 tuổi. Trong đó lớn nhất là 10 tuổi, thấp

nhất là 6 tuổi

3.3 Thời gian điều trị trung bình

Bảng 3.2: Thời gian điều trị trung bình

| Thời gian | GTTB+- SD | GTLN | GTNN |
|-----------|--------------|------|------|
| Tháng | 14,47 ± 1,31 | 16 | 12 |

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình khi đeo hàm là 14,47 tháng trong đó lớn nhất là 16 tháng và thấp nhất là 12 tháng.

3.4. Sự thay đổi trên lâm sàng trước sau điều trị

Bảng 3.3: Sự thay đổi trên lâm sàng trước sau điều trị

| Biến số | Trước điều trị (T1) | Kết thúc điều trị (T2) | Thay đổi (T1-T2) | p |
|---------------------------------|---------------------|------------------------|------------------|----------|
| Ngoài mặt | | | | |
| 1. Chiều cao tăng mặt dưới (mm) | 57,55 ± 2,45 | 57,91 ± 2,35 | -0,37 ± 0,37 | < 0,0005 |
| Trong miệng | | | | |
| 2. Độ cắn chìa (mm) | -2,51 ± 1,90 | 1,57 ± 1,14 | -3,73 ± 1,50 | < 0,0005 |
| 3. Độ cắn tràm (mm) | 2,17 ± 0,92 | 0,75 ± 1,14 | 1,42 ± 2,09 | < 0,0005 |

Nhận xét: - Chiều cao tăng mặt dưới tăng sau điều trị 0,37mm.

- Độ cắn chìa tăng 3,73mm sau điều trị.

- Độ cắn tràm tăng 3,27mm sau điều trị.

- Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p<0,0005.

3.5. Sự thay đổi chức năng hàm mặt

Bảng 3.4: Sự thay đổi chức năng hàm mặt

| Biến | Trước điều trị (T1) n=30 | Sau điều trị (T2) n=30 | Thay đổi (T1-T2) n=30 | p |
|------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------|--------|
| Thói quen xấu đẩy lưỡi | 7 (23,3%) | 1(3,3%) | 6 (85,7%) | <0,005 |
| Phanh lưỡi bám thấp | 13 (43,3%) | 0 | 13 (100%) | <0,005 |
| Vị trí lưỡi đặt thấp | 10 (33,4%) | 2(6,6%) | 8 (80%) | <0,005 |

Nhận xét: - Sau điều trị, thói quen xấu đẩy lưỡi giảm từ 23,3% xuống còn 3,3%

- Vị trí lưỡi đặt thấp giảm từ 33,3 % xuống còn 6,6%

- Phanh lưỡi bám thấp đã được giải phóng toàn bộ, nên không còn phanh lưỡi bám thấp

3.6. Sự thay đổi tương quan răng 6 sau điều trị

Bảng 3.5: Tương quan răng 6 sau điều trị

| Biến | Loại I (n=30) | | Loại II (n=30) | | Loại III (n=30) | |
|------------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|-----------------|--------------|
| | Trước điều trị | Sau điều trị | Trước điều trị | Sau điều trị | Trước điều trị | Sau điều trị |
| Tương quan răng 6 Phải | 11 | 14 | 0 | 0 | 19 | 16 |
| | 36,67% | 46,67% | 0 | 0 | 63,33% | 53,33% |
| Tương quan răng 6 Trái | 13 | 16 | 0 | 0 | 17 | 14 |
| | 43,33% | 53,33% | 0 | 0 | 56,67% | 46,67% |
| p | 0,196 | | 1 | | 0,162 | |

Nhận xét: - Tương quan loại I răng 6 phải tăng từ 36,67% lên 46,67%; răng 6 trái tăng từ 43,33% lên 53,33%

-Sau điều trị tương quan răng 6 có sự thay đổi ít, sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê p>0,05

Bảng 3.6: Sự tuân thủ của bệnh nhân

| Stt | Yếu tố | n | Có | Không |
|-----|-----------------------------------|----|-----|-------|
| 1. | Đeo đủ thời gian 2 tiếng khi tỉnh | 30 | 27 | 3 |
| | | | 90% | 10% |
| 2. | Tập luyện cơ vùng hàm | 30 | 28 | 2 |

| | | | | |
|----|---------------------------------------|----|-------|------|
| 3. | mặt với hàm Myobrace 30 phút mỗi ngày | 30 | 28 | 2 |
| | | | 93,3% | 6,7% |
| 4. | Làm bảng kiểm các bài tập | 30 | 30 | 0 |
| | | | 100% | 0% |
| 5. | Đeo hàm toàn thời gian khi ngủ | 30 | 12 | 18 |
| | | | 40% | 60% |

Nhận xét: Sự tuân thủ của bệnh nhân trong quá trình điều trị

- Đeo đủ thời gian khi tỉnh theo hướng dẫn: 90%

- Có sự tập luyện 30 phút mỗi ngày: 93,3%
- Đo hàm toàn thời gian khi đi ngủ: 100%
- Có rơi hàm khi ngủ trong 2 tuần đầu: 40%

IV. BÀN LUẬN

Xét về mặt lâm sàng, sau thời gian điều trị, giá trị độ cắn chìa và cắn tràm đã có thay đổi rõ rệt. Theo kết quả tại bảng 3.7, giá trị độ cắn chìa trước điều trị là $-2,51 \pm 1,90$ mm, giá trị sau điều trị là $1,57 \pm 1,14$ mm. Sau điều trị, giá trị độ cắn chìa tăng 3,73mm, sự khác biệt giữa hai thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0005$. Đây là chỉ số rất có giá trị trên đánh giá lâm sàng bởi khi độ cắn chìa chuyển từ âm sang lớn hơn 0 điều đó chứng tỏ kết quả điều trị bằng hàm Myobrace đã cho kết quả hết ngược. Như vậy, điều trị bằng khí cụ Myobrace đã cho kết quả khá khả quan khi điều chỉnh giá trị độ chìa về ngưỡng bình thường. Khí cụ Myobrace đã cải thiện đáng kể mức độ cắn hở và cắn ngược. Nguyên nhân có thể do khí cụ Myobrace đã giúp bệnh nhân loại bỏ thói quen xấu như đẩy lưỡi, từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình tăng trưởng bình thường diễn ra.

Sự thay đổi về chức năng hàm mặt. Sau điều trị, thói quen xấu đẩy lưỡi giảm từ 23,3% xuống còn 3,3%. Vị trí lưỡi đặt thấp giảm từ 33,3% xuống còn 6,6%. Phan lưỡi bám thấp đã được tiểu phẫu cắt phan lưỡi, nên không còn phan lưỡi bám thấp. Từ đó cùng với sự tập luyện với hàm myobrace i3, lưỡi được đặt lên đúng vị trí tại khe lưỡi, thấy rằng hiệu quả của hàm myobrace trong điều trị thói quen xấu.

Lưỡi đặt thấp là một bất thường về tư thế ở những đối tượng có khớp cắn chéo phía trước ở răng hỗn hợp ảnh hưởng đến mối quan hệ chìa ra phía trước của các răng phía trước và sự phát triển của phức hợp hàm trên-hàm dưới trong quá trình vận động chức năng [8] Myobrace I3 được phát triển để di chuyển môi trên, tạo điều kiện cho xương hàm trên phát triển về phía trước và cải thiện vị trí của lưỡi bằng cách nâng cao vị trí lưỡi.

Kết quả của chúng tôi tương tự Wiley Rohan và CS [9]. Với các đặc điểm về sự tăng trưởng và phát triển cho thấy rằng hầu hết các trường hợp sai khớp cắn và dị tật trên khuôn mặt đều xấu đi theo tuổi tác. Khả năng thích nghi của các tế bào, mô và cơ quan thông qua các quá trình phát triển bình thường là lớn nhất trong giai đoạn đầu phát triển và giảm dần khi đến gần quá trình trưởng thành. Điều trị sớm cắn chéo phía trước mang lại tiên lượng tốt, tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Xem xét tác động của việc chăm sóc sớm, điều

cần thiết là phải thực hiện chẩn đoán chính xác để phân biệt nguyên nhân chính gây bệnh chéo do thay đổi tư thế của xương hàm với những nguyên nhân do sự phát triển không đều của các nền xương ở mặt phẳng trước sau. Cắn chéo phía trước có thể tự điều chỉnh trong quá trình mọc răng vĩnh viễn, nhưng trong một số trường hợp, nó có thể tồn tại hoặc xấu đi trong một thời gian dài hơn. Do đó, điều quan trọng là cha mẹ, nha sĩ, bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe phải nhận ra các thói quen và rối loạn cấu trúc răng miệng bị rối loạn chức năng để thiết lập chẩn đoán đầy đủ và đưa ra biện pháp can thiệp sớm. Việc xác định các cơ chế sinh lý thần kinh liên quan đến quá trình tăng trưởng và phát triển sọ mặt và nhận biết các yếu tố môi trường có thể ảnh hưởng đến các cơ chế này đã chứng minh một cách khoa học nghệ thuật chỉnh hình chức năng hàm trong việc thúc đẩy hoặc hạn chế tăng trưởng và thay đổi hướng và tư thế của xương. Nếu để lâu không được điều trị, nó có thể dẫn đến các rối loạn sinh lý, xã hội và tâm lý, đôi khi không thể hồi phục. Việc xác định các cơ chế sinh lý thần kinh liên quan đến quá trình tăng trưởng và phát triển sọ mặt và nhận biết các yếu tố môi trường có thể ảnh hưởng đến các cơ chế này đã chứng minh một cách khoa học nghệ thuật chỉnh hình chức năng hàm trong việc thúc đẩy hoặc hạn chế tăng trưởng và thay đổi hướng và tư thế của xương. Nếu để lâu không được điều trị, nó có thể dẫn đến các rối loạn sinh lý, xã hội và tâm lý, đôi khi không thể hồi phục [10].

V. KẾT LUẬN

Sử dụng khí cụ Myobrace I3 để điều trị ở nhóm bệnh nhân trên giúp loại bỏ thói quen đặt lưỡi thấp, làm đều răng và hết cắn ngược

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ulusoy, A.T. and E.H. Bodrumlu**, Management of anterior dental crossbite with removable appliances. *Contemp Clin Dent*, 2013. **4**(2): p. 223-6.
2. **Vadiakas, G. and A.D. Viazis**, Anterior crossbite correction in the early deciduous dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 1992. **102**(2): p. 160-2.
3. **Kiyak, H.A.**, Patients' and parents' expectations from early treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2006. **129**(4 Suppl): p. S50-4.
4. **Prakash, P. and B.H. Durgesh**, Anterior Crossbite Correction in Early Mixed Dentition Period Using Catlan Appliance: A Case Report. *ISRN Dentistry*, 2011. **2011**: p. 298931.
5. **Anastasi, G. and A. Dinnella**, Myobrace System: A no-braces approach to malocclusion and a myofunctional therapy device. 2014.
6. **Park, J.H. and T.W. Kim**, Anterior crossbite correction with a series of clear removable appliances: a case report. *J Esthet Restor Dent*,

2009. **21**(3): p. 149-59; discussion 160.
7. **Sari, S., H. Gokalp, and S. Aras**, Correction of anterior dental crossbite with composite as an inclined plane. *Int J Paediatr Dent*, 2001. **11**(3): p. 201-8.
8. **Sakata, T.**, A study on the relationship between the position of the hyoid bone in subjects with reversed occlusion and maxillofacial shape in childhood. *Nihon University Dental Journal*, 2001. **75**: p. 28-37.
9. **Wijey, R.**, Treatment for Class III Malocclusion: Surely we can do better? *Australasian Dental Practice*, 2017. **3**: p. 80-84.
10. **Monte Callado, F., M.L. Sperandio, and C. Growth**, Anterior crossbite correction in early mixed dentition stage using functional jaw orthopedics principles: a case report with two-years follow-up. *Jaw Functional Orthopedics*, 2021. **1**(2): p. 62-74.

MÔ TẢ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VỀ DUNG NẠP, CẢM QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH HẬU PHẪU SỬ DỤNG SẢN PHẨM DINH DƯỠNG Y HỌC SUPPRO

Chu Thị Trang¹, Đỗ Tất Thành¹, Ngô Thị Linh¹, Trịnh Thanh Bình¹,
Thạch Minh Trang¹, Vũ Thu Hà¹, Phạm Thị Lan Phương¹,
Nguyễn Trần Thị Linh¹, Nguyễn Thu Huyền¹, Đặng Đức Huân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật và sau phẫu thuật có nuôi dưỡng kết hợp bằng sản phẩm suppro và cảm quan sản phẩm dinh dưỡng y học suppro. **Phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng không đối chứng 30 bệnh nhân được nuôi dưỡng kết hợp sản phẩm Suppro tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 7/2022 - 9/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng có chỉ số BMI < 18,5 trước phẫu thuật là 10% sau phẫu thuật là 20%. 100% bệnh nhân sử dụng sản phẩm suppro thấy bột mịn, thơm, vị dễ uống. Năng lượng nuôi dưỡng trung bình của bệnh nhân những ngày đầu sau phẫu thuật là 1195,3 ± 323 (kcal). Chỉ số albumin, prealbumin trung bình của bệnh nhân giảm sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Suppro có tính an toàn về màu sắc mùi vị cảm quan.

Từ khóa: Suppro, Nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật đại tràng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

DESCRIPTION SOME CHARACTERISTICS OF TOTALABILITY AND SENSITIVITY OF POTENTIAL PATIENTS USING SUPPRO MEDICAL NUTRITION PRODUCTS

Objectives: to describe the nutritional status of patients before surgery and after surgery with nutrition combined with suppro products and medical nutrition products suppro. **Methods:** Non-control clinical intervention 30 patients were nourished with Suppro product at Viet Duc Friendship Hospital from 7/2022 - 9/2022. **Result:** The percentage of malnourished patients with BMI < 18,5 before surgery was 10% after surgery was 20%, 100% of patients

using suppro products found the powder to be smooth, fragrant, and easy to drink. The average nutritional energy of patients in the first days after surgery was 1195,3 ± 323 (kcal). The mean albumin, prealbumin index of patients decreased after surgery with statistical significance. **Conclusion:** Suppro is safe in terms of color, taste, and sensory perception.

Keywords: Suppro, nurturing colorectal surgery ill patients, Viet Duc University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật ổ bụng- tiêu hóa là thường gặp, suy dinh dưỡng được chứng minh là một trong những yếu tố gây nên các biến chứng hậu phẫu. Tỷ lệ suy dinh dưỡng khác nhau tùy theo phương pháp đánh giá và theo phân loại bệnh, ước tính khoảng 30 - 50% bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật ổ bụng-tiêu hóa có bằng chứng của suy dinh dưỡng protein-năng lượng [1].

Dung dịch nuôi dưỡng Suppro là một sản phẩm súp ăn đường miệng và chưa có nghiên cứu đánh giá về và hiệu quả và cảm quan của sản phẩm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật và sau phẫu thuật có nuôi dưỡng kết hợp bằng sản phẩm suppro và cảm quan sản phẩm dinh dưỡng y học suppro.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh đã được chẩn đoán phẫu thuật đại trực tràng, có lịch hẹn mổ thường quy, tại Trung tâm phẫu thuật đại trực tràng- tầng sinh môn tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân gồm: Bệnh nhân sau phẫu thuật đại trực tràng

Tiêu chuẩn loại trừ:

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Trang

Email: chutranhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023