

a self - reported measure of medication adherence, *Med Care*, 24(1), p. 67 - 74.

6. **Natarajan N, Putnam W, Van Aarsen K, Beverley Lawson K, Burge F.** (2013). Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Can Fam Physician*. 2013 Feb;59(2):e93-e100. PMID: 23418264; PMCID: PMC3576963.

7. **Đỗ Thị Bích Hạnh** (2013). Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Phước năm 2013, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

8. **Ha Anh Duc, Robert J Goldberg et al** (2013). "Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of High Blood Pressure: A Population-Based Survey in Thai Nguyen Vietnam", *NCBI*, 8(6).

9. **Ha TP Do, JM Geleijnse et al.** (2015). "National prevalence and associated risk factors of hypertension and prehypertension among Vietnamese adults", *Am J Hypertens*. 2015 Jan;28(1):89-97. doi: 10.1093/ajh/hpu092. Epub 2014 May 26. PMID: 24862960.

10. **Ninh Văn Đông** (2010). Đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp trên 60 tuổi tại phường Hàng Bông, quận Hoàn Kiếm, tp Hà Nội. Luận văn thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỈ LỆ SUY YẾU VỚI CÁC YẾU TỐ LÂM SÀNG VÀ NHÂN KHẨU HỌC Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI CÁC KHOA NỘI BỆNH VIỆN 30-4, BỘ CÔNG AN THEO TIÊU CHUẨN COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT (CGA)

NGUYỄN VĂN KHÔI, TĂNG THỊ THU, PHAN THỊ LƯU
NGUYỄN QUỐC KHOA, NGUYỄN HOÀNG ANH,
LÊ VŨ THUY AN, HUỖNH KIM TRIỀU, DƯƠNG THỊ PHƯƠNG
Bệnh viện 30 - 4, Bộ Công an

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy yếu (hội chứng dễ bị tổn thương) là một hội chứng lão khoa phổ biến, gây nhiều hậu quả xấu trên người cao tuổi (NCT). Suy yếu khiến người cao tuổi sẽ đối mặt với nguy cơ giảm chất lượng sống, góp phần làm nặng thêm bệnh nền, tăng tỷ lệ nhập viện, tăng chi phí chăm sóc y tế cho gia đình và xã hội. Các nghiên cứu trong nước và quốc tế đã cho thấy có những yếu tố về nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng có liên quan đến tỉ lệ suy yếu.

Mục tiêu: Đánh mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và nhân khẩu học với tỷ lệ người cao tuổi là Cán bộ Chiến sĩ (CBCS) suy yếu điều trị nội trú tại các khoa Nội: Tim Mạch, Da liễu - Bệnh phổi, Tiêu Hóa - Máu - Nội tiết,

Nội Thần Kinh, Nội thận - khớp, Điều trị Cao cấp của Bệnh viện 30-4, Bộ Công an theo tiêu chuẩn Đánh giá lão khoa toàn diện CGA (Comprehensive Geriatric Assessment).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến hành trên 390 NCT (≥ 60 tuổi) là CBCS Công an, điều trị nội trú tại các khoa: Nội Tim Mạch, Da liễu - Bệnh phổi, Tiêu Hóa - Máu - Nội tiết, Nội Thần Kinh, Nội thận - khớp, Điều trị Cao cấp, trong thời gian từ tháng 04/2020 đến tháng 02/2021. Các phương tiện nghiên cứu gồm: Đánh giá Lão khoa toàn diện (CGA) với 5 phương diện: tình trạng hoạt động chức năng theo ADL-IADL, tình trạng nhận thức theo MMSE, trầm cảm theo GDS-15, dinh dưỡng theo MNA-SF và các bệnh đồng mắc theo chỉ số Charlson.

Đánh giá các yếu tố: Nhóm tuổi, BMI, thời gian công tác trong ngành Công an, hoàn cảnh sống, giới tính có liên quan đến suy yếu.

Kết quả: Tỷ lệ hiện mắc suy yếu trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi theo tiêu chuẩn CGA

Chịu trách nhiệm: Tăng Thị Thu
Email: drtangthu@gmail.com
Ngày nhận: 13/10/2021
Ngày phản biện: 12/11/2021
Ngày duyệt bài: 26/11/2021

là 28,97%. Nhóm tuổi và BMI có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng suy yếu theo tiêu chuẩn CGA với P lần lượt $< 0,001$ và $< 0,01$.

Kết luận: Tỷ lệ suy yếu NCT điều trị nội trú ở các Khoa Nội, Bệnh viện 30 - 4 theo thang điểm CGA là 28,97% ($n=113$). Nhóm tuổi và BMI có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng suy yếu theo tiêu chuẩn CGA. Thời gian công tác trong ngành, hoàn cảnh sống, giới tính không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến với suy yếu.

Từ khóa: Suy yếu, người cao tuổi, đánh giá Lão khoa toàn diện.

SUMMARY

ASSESSMENT OF ASSOCIATIONS AMONG FRAILTY AND DEMOGRAPHIC, CLINICAL CHARACTERISTICS CONCERN WITH PREVALENCE OF FRAILTY IN ELDERLY PATIENTS 30-4 HOSPITAL USING COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT AND.

Background: Frailty is a prevalent geriatric syndrome that potentially results in many serious health conditions and diminished quality of the life in elderly population. Frailty has been demonstrated to expose the elderly to the risk of diminished quality of life, worsening of the underlying conditions, increasing hospitalization rates, the payments of medical care for the family and society.

Objectives: To estimate the prevalence of frailty in elderly patients from medical wards at 30-4 Hospital using Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and to assess the associations among demographic and clinical characteristics with frailty.

Methods: Descriptive cross-sectional study, conducted on 390 elderly patients (aged ≥ 60 years old), who were policemen, had admitted for treatment at medical wards at 30-4 hospital, from 04/2020 to 02/2021. The research standard is CGA. Assessment the the associations among demographic and clinical characteristics with frailty.

Results: The prevalence of frailty in our rerearch using the CGA criteria was 28.97% . There were significantly relationships between Age group, BMI index with frailty assessed with CGA ($P < 0.001$, $P < 0.01$).

Conclusions: The prevalence of frailty assess by CGA in elderly inpatients at medical wards at 30-4 hospital was 28.97% ($n = 311$). Age group, and BMI group were significantly associated with frailty assessing by CGA ($P < 0.001$, $P < 0.01$).

Keywords: Frail elderly, older people, Comprehensive Geriatric Assessment.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy yếu ảnh hưởng to lớn trên sức khỏe NCT, gây tăng tử suất và bệnh suất, gây tăng nguy cơ té ngã dẫn đến sự phụ thuộc, tăng biến cố tim mạch, kéo dài thời gian nhập viện và tăng tần suất nhập viện. Nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến suy yếu, giúp dự phòng, đánh giá tình trạng suy yếu sớm và có định hướng can thiệp sớm.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân là CBCS Công an (≥ 60 tuổi) nhập nội trú tại các khoa Nội của bệnh viện 30-4, trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ năng lực trả lời câu hỏi nghiên cứu (bệnh tâm thần, sa sút trí tuệ nặng, bệnh cấp tính đang diễn tiến nặng, suy giảm các giác quan ảnh hưởng đến quá trình phỏng vấn, mù chữ), không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Các biến số:

Đánh giá lão khoa toàn diện (CGA) gồm 5 phương diện: tình trạng chức năng, tình trạng nhận thức, trầm cảm, dinh dưỡng và các bệnh đồng mắc^[16]. Suy yếu được định nghĩa khi có suy giảm ít nhất hai phương diện của đánh giá CGA đầy đủ. Tình trạng chức năng được đánh giá bằng các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) sử dụng chỉ số Barthel, Lawton^[10,11]. Tình trạng nhận thức được đánh giá bởi thang điểm MMSE^[5]. Triệu chứng trầm cảm được đánh giá bởi thang trầm cảm lão khoa (GDS-15)^[19]. Dinh dưỡng được đánh giá bởi MNA-SF^[18], các bệnh đồng mắc bởi điểm số Charlson^[1]. Các giá trị ngưỡng xác định cho mỗi phương diện: bất thường ít nhất hai câu lượng giá của tình trạng hoạt động chức năng (ADL và IADL); tổng điểm MMSE ≤ 23 đánh giá có suy giảm nhận thức, tổng điểm theo thang GDS-15 ≥ 10 xác định trầm cảm, MNA-SF có tổng điểm ≤ 07 đánh giá có suy dinh dưỡng, chỉ số Charlson ≥ 2 là có tình trạng đa bệnh.

3. Phương pháp xử lý số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 13.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2020 đến tháng 2/2021 chúng tôi thu thập được 390 bệnh nhân NCT thỏa mãn các tiêu chí chọn mẫu, kết quả như sau:

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu được trình bày trong bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 390)

Yếu tố khảo sát		Kết quả	
Tuổi		68,22 ± 7,5 Lớn nhất = 93, nhỏ nhất = 60	
		Tần suất	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	60 - 69 tuổi	247	63,33
	70 - 79 tuổi	107	27,44
	≥ 80 tuổi	36	9,23
Giới	Nữ	14	3,59
	Nam	376	96,41
Nơi sinh sống	Thành thị	11	2,82
	Nông thôn	378	96,92
Hoàn cảnh gia đình	Sống một mình	7	1,79
	Sống chung gia đình	383	98,21
Điểm số BMI		22,54 ± 0,82	

Nhóm BMI (≥ 23)		Tần suất	Tỉ lệ (%)
	Gầy	3	2,05
	Bình thường	150	69,77
	Béo phì	124	74,25
Té ngã	Không	344	87,47
	Có	46	12,53
Thời gian công tác		26,49 ± 2,33	
		Tần suất	Tỉ lệ (%)
Thời gian công tác	< 20 năm	28	7,1
	20-29 năm	205	52
	≥ 30 năm	157	40

3. Tỉ lệ suy yếu theo tiêu chuẩn CGA

Bảng 2. Tỉ lệ suy yếu theo tiêu chuẩn CGA.

yếu tố thành phần	Trung bình ± ĐLC		
Điểm số MMSE	28,95 ± 2,6		
Điểm số ADL-IADL	2,076 ± 4,64		
Điểm số GDS	6,05 ± 1,58		
Điểm số MNA	12,41 ± 1,56		
Điểm số Charlson	1,24 ± 3,12		
	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Suy yếu theo CGA	Không	277	71,03
	Có	113	28,97

2. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ suy yếu

Bảng 4. các yếu tố liên quan đến tỉ lệ suy yếu theo CGA

Suy yếu theo CGA					p	PR KTC 95%
		Không	Có			
Tuổi		65,77 ± 5,49		74,23 ± 8,33		<0,001
		Tần suất - tỉ lệ (%)				
Nhóm tuổi	60-69 tuổi	214	86,64	33	13,36	<0,001
	70-79 tuổi	59	55,14	48	44,86	
	≥ 80 tuổi	4	11,11	32	88,89	
Giới	Nữ	10	71,43	4	28,57	>0,05
	Nam	267	71,01	109	28,99	
Hoàn cảnh gia đình	Sống một mình	1	33,33	2	66,67	>0,05
	Sống chung gia đình	276	71,28	111	28,72	
Điểm số BMI		22,54 ± 0,82		22,02 ± 1,87		<0,01
Nhóm BMI	Gầy	3	37,50	5	62,50	<0,01
	Bình thường	150	69,77	65	30,23	
	Béo phì	124	74,25	43	25,75	
Thời gian công tác		26,49 ± 2,33		24,22 ± 2,07		> 0,05
		Tần suất - tỉ lệ				
Nhóm thời gian công tác	< 20 năm	13	46,4	15	53,5	> 0,05
	20-29 năm	140	68,27	65	31,70	
	≥ 30 năm	114	72,61	43	27,39	

BÀN LUẬN

Mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và nhân khẩu học với suy yếu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng suy yếu theo CGA với nhóm tuổi và chỉ số BMI. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng suy yếu theo CGA với giới tính, thời gian công tác trong ngành CAND, tình

trạng sống chung gia đình (p > 0,05).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p < 0,001) giữa nhóm tuổi với tình trạng suy yếu theo CGA. Những người có nhóm tuổi từ ≥ 80 tuổi và nhóm 70 - 79 tuổi sẽ có thể có nguy cơ suy yếu cao gấp lần 6,67 và 2,58 lần so với nhóm tuổi từ 60 - 69 tuổi với KTC 95% lần lượt là 4,9 - 9,08 và 2,21 - 3,01.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương đồng với

kết quả nghiên cứu trong nước: Thân Hà Ngọc Thể và cộng sự nghiên cứu trên 556 NCT năm 2017 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và suy yếu với $p < 0,001$ ^[18].

Kết quả nghiên cứu chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu trên thế giới: Tác giả Morea V.G thực hiện nghiên cứu tại Brazil năm 2013 cho thấy, tuổi càng cao có liên quan rõ rệt với sự gia tăng suy yếu^[13].

Mello A.C và cộng sự trong nghiên cứu tổng quan trên 4183, báo cáo năm 2014 cũng cho thấy có mối liên quan giữa suy yếu và tuổi cao^[12]. Nghiên cứu của Reis W.C và cộng sự tiến hành năm 2014, nghiên cứu trên 316 NCT tại Brazil ghi nhận nhóm trên 80 tuổi có tỷ lệ suy yếu cao nhất so với các nhóm tuổi 60-69 và 70-79^[17]. Nghiên cứu của Sanchis và cộng sự năm 2015 trên 342 bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành tại Tây Ban Nha báo cáo tuổi >75 là yếu tố nguy cơ độc lập có thể dự đoán suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi (OR 3,1, $p < 0,001$, KTC 95% 1,7 - 5,5)^[9].

Theo nghiên cứu của chúng tôi chỉ số khối cơ thể BMI có mối liên quan với tình trạng suy yếu với $P < 0,01$. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Thân Hà Ngọc Thể năm 2017. Theo tác giả Alvarado nghiên cứu thấy chỉ số khối cơ thể cao có liên quan tỷ lệ thuận với sự xuất hiện suy yếu trong các đối tượng người cao tuổi nữ tại năm thành phố Mỹ La tinh. Nghiên cứu của Eyigor nghiên cứu trên 1126 NCT ≥ 65 tuổi Thổ Nhĩ Kỳ và thấy rằng chế độ ăn không đảm bảo dinh dưỡng là yếu tố liên quan đến sự xuất hiện của suy yếu^[4].

KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc suy yếu trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi theo tiêu chuẩn CGA là 28,97%. Nhóm tuổi và chỉ số BMI có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng suy yếu theo tiêu chuẩn CGA với ($p < 0,001$, $P < 0,01$). Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng suy yếu theo CGA với giới tính, thời gian công tác trong ngành CAND, tình trạng sống chung gia đình ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Charlson ME**, et al (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis*. 40:373–383. [PubMed: 3558716].
2. **Collard RM**, et al (2012). "Prevalance of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systemic Review", *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), pp. 1487-1492
3. **Cynthia O**, et al (2011). Screening older cancer patients for a Comprehensive Geriatric Assessment: A comparison of three instruments,

J Geriatric Oncol, 121 - 129.

4. **Eyigor S**, et al (2015) "Frailty prevalence and related factors in the older adult-FrailTURK Project". *Age (Dordr)*, 37 (3), 9791.

5. **Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR** (1975): "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3):189 - 198.

6. **Fried LP**, et al (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 56: 146 - 56.

7. **Hồ Thị Kim Thanh, Nguyễn Thị Minh Hải** (2015), Đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi mắc đái tháo đường typ 2, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

8. **Ineke HGJS**, et al. (2014). "Four screening instruments for frailty in older patients with and without cancer: A diagnostic". *BMC Geriatrics*, 14 - 26.

9. **Juan S, Eduardo N, Vicente R, Clara B** et al. (2015). "Usefulness of Clinical Data and Biomarkers for the Identification of Frailty After Acute Coronary Syndromes". *Can J Cardiol*, 31 (12), 1462-8

10. **Lawton MP, Brody EM** (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3):179 - 186.

11. **Mahoney FI, Barthel DW** (1965): Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*, 14:61 - 65.

12. **Mello AC, Engstrom EM, Alves LC** (2014). "Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review". *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 1143 - 1168.

13. **Moreira VG, Lourenço R.A** (2013). "Prevalence and factors associated with frailty in an older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: the FIBRA-RJ Study". *Clinics (Sao Paulo)*, 68 (7), 979 - 85.

16. Practice Guideline Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in oncological patients, Version: 20 July 2011.

17. **Reis WM**, et al (2014). "Pre-frailty and frailty of elderly residents in a municipality with a low Human Development Index". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22 (4), 654 - 661.

18. **Thân Hà Ngọc Thể, Nguyễn Ngọc Hoàng Mỹ Tiên, Trịnh Thị Bích Hà, Tăng Thị Thu, Nguyễn Ngọc Mai Phương, Võ Yên Nhi** (2018). "Tỷ lệ suy yếu ở người cao tuổi điều trị tại các khoa nội, ngoại - Bệnh viện Đại học Y-Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo tiêu chuẩn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA),

mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và nhân khẩu học với suy yếu". Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 20 (1), tr. 310 - 316

19. **Rubenstein LZ, Harker J, & Guigoz YVB.** (1999). Comprehensive geriatric assessment (CGA) and the MNA: an overview of CGA, nutritional assessment, and development of a shortened version of the MNA. Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and

Practice in the Elderly, ed B Vellas, PJ Garry & Y Guigoz, Nestlé Workshop Series Clinical & Performance Programme. Basel Nestlé, 1, 101 - 116.

20. **Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO** (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Re.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỐI U PHẦN PHỤ LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2020 - 2021

NGUYỄN THỊ THU TRANG, PHAN THỊ ANH,
NGUYỄN THỊ HUẾ, LÊ THỊ THANH NGA, NGUYỄN THANH HẰNG
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chăm sóc, điều trị của người bệnh sau phẫu thuật khối u phần phụ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2020-2021.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 168 người bệnh chẩn đoán u xơ tử cung hoặc u nang buồng trứng đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong khoảng thời gian từ 12/2020 - 11/2021.

Kết quả: Trong tổng số 168 đối tượng tham gia nghiên cứu, tỷ lệ chăm sóc/điều trị sau phẫu thuật khối u phần phụ của người bệnh đạt 9,5%. Trong đó, người bệnh được chẩn đoán u xơ tử cung có kết quả chăm sóc/điều trị sau phẫu thuật khối u phần phụ đạt 10,3% và có 8,2% người bệnh ở nhóm u nang buồng trứng có kết quả chăm sóc/điều trị sau phẫu thuật khối u phần phụ đạt.

Kết luận: Tỷ lệ chăm sóc/điều trị sau phẫu thuật khối u phần phụ của người bệnh thấp (9,5%). Trong đó, tỷ lệ nhóm người bệnh được chẩn đoán u xơ tử cung có kết quả chăm sóc/điều trị sau phẫu thuật khối u phần phụ đạt cao hơn 1,3 lần so với người bệnh được chẩn đoán u nang buồng trứng.

Từ khóa: Chăm sóc người bệnh, người bệnh, phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thu Trang

Email: trangbvc@gmail.com

Ngày nhận: 23/9/2021

Ngày phân biện: 22/10/2021

Ngày duyệt bài: 17/11/2021

SUMMARY

CARING FOR PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY FOR BENIGN ADNEXAL TUMORS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2020 - 2021

Objective: Describe the current status of care and treatment of patients after surgery for adnexal tumors at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2020.

Methods: A prospective descriptive study on 168 patients diagnosed with uterine fibroids or ovarian cysts who underwent surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology during the period from 11/2020 - 11/2021.

Results: In a total of 168 subjects participating in the study, the care/treatment rate after surgery for adnexal tumors was 9.5%. In which, patients diagnosed with uterine fibroids had 10.3% post-operative care/treatment results and 8.2% patients had postoperative care/treatment results. Adnexal tumors achieved in the group of ovarian cysts. The percentage of patients using open surgery method with unsuccessful results was 100%, the group applying laparoscopic surgery method with unsuccessful results was 90.1%.

Conclusion: The rate of care/treatment after surgery for adnexal tumors is low (9.5%). In which, the percentage of patients diagnosed with uterine fibroids with postoperative care/treatment results was 1.3 times higher than that of patients diagnosed with ovarian cysts.

Keywords: Patient care, patients, laparoscopic surgery, maternity hospital.