

± 14,08 khi tác giả chọn đối tượng nghiên cứu là mô thay khớp háng gập chủ yếu ở người có tuổi [1], và cũng như vậy trong nghiên cứu của Capdevila X và Macaire P với độ tuổi 62 với nam và 58 với nữ [2].

Nam gặp nhiều hơn nữ, ở cả hai nhóm, tổng số (46/14) tương đồng với nghiên cứu của Duarte (9/8), có thể do nam giới hay có hoạt động nguy cơ chấn thương hơn nữ, đồng thời có thể do thói quen nghiện rượu, đặc điểm công việc (lái xe) nên có tỷ lệ bệnh khớp háng nhiều hơn. Còn cân nặng và chiều cao, chỉ số BMI của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn do đặc điểm thấp bé hơn của người Việt Nam.

Về đặc điểm phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật ở cả hai nhóm là như nhau, tương ứng với mỗi nhóm ĐRTL và NMC là 74,57 ± 29,91 và 73,14 ± 22,56, phù hợp với nghiên cứu của Dauri M [3] khi thời gian phẫu thuật tương ứng là 75,24 ± 23,45 và 76,12 ± 22,48.

Chỉ số Hematocrite trước và sau mổ 24 giờ ở cả hai nhóm là như nhau, chứng tỏ mức độ ảnh hưởng lên huyết động của cả hai nhóm là không khác biệt, tương tự như nghiên cứu của Twtman.

Về hiệu quả giảm đau

Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm VAS trung bình của cả hai nhóm tại các thời điểm hầu như ≤ 4, đem đến cho bệnh nhân cảm giác thoải mái, không cần dùng thuốc giảm đau, và tác dụng kéo dài khi bơm liên tục qua catheter đặt trong khoang đám rối thắt lưng, tương tự nghiên cứu của Touray và cộng sự.

Tuy nhiên, điểm VAS lúc nghỉ ở hai nhóm có sự khác biệt tại các thời điểm 1 giờ, 6 giờ, 48 giờ, trong đó mức độ giảm đau của nhóm NMC tốt hơn, điều này phù hợp với nghiên cứu của Chudinov và Macaire.

Khi vận động hoặc tập tại chỗ thì mức độ giảm đau của nhóm NMC thấp hơn rõ rệt tại các thời điểm, có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐRTL, trừ thời điểm 48 giờ là không có sự khác biệt, có thể do đã trải qua 2 ngày phẫu thuật.

Đặc biệt trong 4 giờ đầu tiên sau khi bolus levobupivacaine thì VAS lúc nghỉ ở cả hai nhóm chủ yếu từ 0-1, phù hợp với nghiên cứu của Biboulet và

cộng sự. Hiệu quả giảm đau trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Becchi vào năm 2008 khi điểm VAS ở trung bình thấp trong 48 giờ đầu.

Điểm VAS giảm rõ tại các thời điểm 1 giờ, 4 giờ, 12 giờ và 48 giờ sau mổ có ý nghĩa so với thời điểm trước khi tiêm thuốc, phù hợp với nghiên cứu của Capdevila X và Macaire P khi tác giả mô tả điểm đau VAS tại thời điểm 30 phút sau tiêm thuốc chỉ là 0-1, còn tại các thời điểm khác thì điểm đau VAS rất ổn định vào khoảng 1-2 điểm [2].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 60 bệnh nhân chia thành 2 nhóm trong phẫu thuật chi dưới, chúng tôi thấy những bệnh nhân được giảm đau bằng bơm liên tục thuốc levobupivacaine qua catheter đặt vào khoang NMC tốt hơn nhóm ĐRTL, thậm chí tại một số thời điểm đặc biệt là lúc vận động thì khác biệt rõ (p<0,05). Điều này đúng với kinh điển, tuy nhiên thì ở cả hai nhóm thì chỉ số điểm VAS ≤ 4, là mức độ đau nhẹ, không cần thêm giảm đau khác mà bệnh nhân vẫn thoải mái. Vì vậy, trong một số phẫu thuật như thay khớp háng, nội soi gối hay gãy đùi, chúng ta có thể lựa chọn giảm đau ĐRTL vừa đảm bảo giảm đau, vừa tránh được một số chống chỉ định cũng như những tác dụng phụ của giảm đau NMC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duarte Leonardo T. D.; M.B.P.S., MD; Saraiva Renato A., MD; Epidural Lumbar Block or Lumbar Plexus Block Combined General Anesthesia: Efficacy And Hemodynamic Effects on Total Hip Arthroplasty. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2009. 59(6): p. 657-63.
2. Capdevila K., M.P., Dadure C et al., Continuous psoas compartment block for postoperative analgesia after total hip arthroplasty. Anesth Analg, 2002. 94: p. 1606-13.
3. Dauri M, C.L., Fabbi E et al., Comparing Continuous Lumbar Plexus Block, Continuous Epidural Block And Continuous Lumbar Plexus Block With A Parasacral Sciatic Nerve Block On Post-Operative Analgesia After Hip Arthroplasty. J Anesth Clin Res 2011, 2011. 2(11): p. 1-7.

NHẬN XÉT CÁC BIẾN CHỨNG THƯỜNG GẶP DO RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

NGUYỄN PHÚ THẮNG - Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các biến chứng và mối liên quan với vị trí của răng khôn hàm dưới trên bệnh nhân người lớn. Đối tượng và phương pháp: Đối tượng nghiên cứu gồm 41 bệnh nhân với 59 răng khôn hàm dưới có biến chứng, được thăm khám lâm sàng và chụp phim kiểm tra để đánh giá các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Sử dụng thống kê toán học để phân tích số liệu thu thập được. Kết quả: Vị trí răng

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Phú Thắng
Email: phuthangdentist@gmail.com
Ngày nhận: 30/5/2017
Ngày phản biện: 20/6/2017
Ngày duyệt bài: 29/6/2017
Ngày xuất bản: 20/7/2017

khôn mọc kẹt răng 7 chiếm đa số trong các trường hợp (71,2%), không kẹt răng 7 chiếm 28,9%. Trong số 59 răng khôn hàm dưới gây tai biến được nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tiêu xương ổ răng chiếm tỉ lệ nhiều nhất (35,6%), sâu R7 hoặc R8 chiếm 26,44%, tiếp đến là viêm lợi trùm (19,5%). Độ sâu A₂ là vị trí có biến chứng nhiều nhất chiếm 57,47%, độ sâu B chiếm 25,3% số biến chứng. Kết luận: Răng khôn hàm dưới là nguyên nhân gây nhiều biến chứng, đặc biệt những răng khôn mọc lệch gây đau thức ăn, viêm nhiễm tại chỗ, sâu răng lân cận. Phát hiện sớm và có phương pháp điều trị đúng sẽ giúp tránh được các biến chứng gây ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, biến chứng.

SUMMARY

ASSESSING COMMON COMPLICATIONS OF LOWER THIRD MOLARS IN ADULTS

Objectives: This study is aimed at assessing the common complications and the relationship with the lower third molar position. **Subject and method:** A sample of 41 lower third molar patients with complications was selected and assessed by clinical examination and radiographs. **Descriptive statistics** were used to analyze the data. **Result:** Mesio angulation mandibular third molars took a dramatic rate of 71.2%, the most common complication was alveolar resorption, approximately 35.6%, followed by tooth decay (26.44%), local inflammation (19.5%). A₂ location had the highest frequency of complications, about 57.47%. In consequences, B location took a risk of complications about 25.3%. **Conclusion:** Lower third molars are considered one of the most significant dental anomalies which may cause complications, such as local inflammation, adjacent teeth caries... Early diagnosis and treatment of patients with lower third molars are important to prevent or minimize complications.

Keywords: Lower third molar, complications.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn mọc lệch là vấn đề thường gặp trong bệnh lý răng hàm mặt, đặc biệt là các răng khôn vùng hàm dưới. Do vị trí giải phẫu đặc biệt của mình, răng khôn hàm dưới khi mọc lên cung hàm thường bị mọc lệch, mọc ngầm... gây ảnh hưởng nhiều cho sức khỏe người bệnh do có rất nhiều biến chứng, hơn nữa vấn đề điều trị lại rất phức tạp, do phẫu thuật khó khăn, khó tiên lượng, rất dễ xảy ra các biến cố cho người bệnh [1],[2].

Vì vậy, nắm được các đặc điểm lâm sàng và đưa ra hướng xử trí đúng đắn đối với các răng khôn hàm dưới luôn là vấn đề được các nhà lâm sàng quan tâm. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam cũng đã có rất nhiều nghiên cứu liên quan đến vấn đề này. Tuy nhiên vẫn chưa có nhiều nghiên cứu cụ thể về mối liên quan giữa đặc điểm hình thái lâm sàng, Xquang với những biến chứng của răng khôn hàm dưới. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu sau: **Đánh giá các biến chứng thường**

gặp do răng khôn hàm dưới ở người trưởng thành.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 41 bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn: Chúng tôi chọn các bệnh nhân có tất cả các tiêu chuẩn sau: Từ 18 tuổi trở lên, có răng khôn hàm dưới gây biến chứng. Loại trừ những bệnh nhân mất răng hàm lớn số hai hàm dưới cùng bên, bệnh nhân đang có thai, bệnh nhân không hợp tác.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang gồm các bước:

Bước 1: Hỏi bệnh và khám lâm sàng những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu để thu thập thông tin hành chính và các nội dung phiếu nghiên cứu.

Bước 2: Chụp phim toàn cảnh, đánh giá các đặc điểm trên phim theo mẫu phiếu nghiên cứu.

Bước 3: Phân tích các đặc điểm trên lâm sàng và trên phim Xquang để đánh giá các biến chứng.

Bước 4: Nhập và xử lý số liệu.

Bước 5: Tổng hợp số liệu và viết báo cáo.

3. Xử lý số liệu

Tất cả bệnh án nghiên cứu sau khi kiểm tra, các số liệu sẽ được mã hóa và nhập và phân tích theo phần mềm thống kê SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tỷ lệ nam nữ của mẫu nghiên cứu: Số bệnh nhân nam chiếm 51,2%, bệnh nhân nữ chiếm 48,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Trong 41 bệnh nhân của mẫu nghiên cứu, độ tuổi trung bình của bệnh nhân đến khám là 31 tuổi trong đó BN cao tuổi nhất là 57 tuổi, BN nhỏ tuổi nhất là 19 tuổi.

2. Các biến chứng thường gặp do răng khôn hàm dưới

2.1. Mối liên quan giữa vị trí của răng khôn hàm dưới và răng 7 kế cận

Bảng 1. Mối liên quan giữa vị trí của răng khôn hàm dưới và răng 7 kế cận

	Kẹt răng 7	Không kẹt răng 7	Tổng số
Răng 38	20	10	30
Răng 48	22	7	29
Tỷ lệ %	71,2%	28,8%	100%

Nhận xét: Vị trí răng khôn mọc kẹt răng 7 chiếm đa số trong các trường hợp (71,2%), không kẹt răng 7 chiếm 28,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

2.2. Các biến chứng do răng khôn hàm dưới

Bảng 2. Các biến chứng do răng khôn hàm dưới

Biến chứng	R3.8	R4.8	R38+R48	Tỷ lệ
Sâu răng 7	5	8	13	14,94%
Sâu răng 8	6	4	10	11,5%
Tiêu xương ổ răng	13	18	31	35,6%
Viêm quanh thân răng	7	9	16	18,4%
Viêm lợi trùm	8	9	17	19,5%
Viêm mô tế bào	0	0	0	0%
Viêm xương	0	0	0	0%
Tổng số	39	48	87	100%

Nhận xét: Trong số 59 răng khôn hàm dưới gây tai biến được nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tiêu xương ổ răng chiếm tỉ lệ nhiều nhất (35,6%), sâu R7 hoặc R8 chiếm 26,44%, tiếp đến là viêm lợi trùm (19,5%) và viêm quanh thân răng (18,4%). Viêm mô tế bào và viêm xương không bắt gặp trong mẫu nghiên cứu.

2.3. Mối liên quan giữa độ sâu của răng khôn hàm dưới và biến chứng

Bảng 3. Biến chứng hay gặp với độ sâu của RKHD

	A ₁	A ₂	B	C
Sâu R7	0	11	2	0
Sâu R8	3	5	2	0
Tiêu xương	1	23	7	0
VQTR	1	9	5	1
Lợi trùm	9	2	6	0
Tổng	14	50	22	1
Tỉ Lệ	16%	57,47%	25,3%	1,15%

Nhận xét:

Độ sâu A₂ là vị trí có biến chứng nhiều nhất chiếm 57,47%. Trong số những tai biến ở độ sâu này, nhiều nhất là tiêu xương ổ răng (46%), tiếp đến là sâu R7 (22%), lợi trùm chiếm tỉ lệ thấp nhất (4%).

Độ sâu B chiếm 25,3% số biến chứng. Trong đó, tiêu xương ổ răng (31,81%), lợi trùm (27,3%), viêm quanh thân răng (22,72%), thấp nhất là sâu R7 hoặc R8.

Độ sâu A₁ chiếm 16% số biến chứng, trong đó lợi trùm chiếm tỉ lệ nhiều nhất (64,28%). Độ sâu C chiếm tỉ lệ biến chứng thấp nhất (1,15%).

2.4. Mối liên quan giữa khoảng rộng xương và biến chứng tiêu XOR

Bảng 4. Mối liên quan giữa khoảng rộng xương và tiêu XOR

Tiêu XOR	Có		Không		OR	95% CI
	SL	%	SL	%		
KRX loại I	5	26,3%	14	73,7%	0,2	0,05-0,64
KRX loại II	26	65%	14	35%	1	

Nhận xét: RKHD có khoảng rộng xương loại II (với 65% tiêu XOR) gây tiêu XOR nhiều hơn hẳn khoảng rộng xương loại I (với 26,3% tiêu XOR). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với OR = 0,2 và độ tin cậy 95%CI từ 0,05-0,64.

2.5. Các biến chứng thường gặp và vị trí của RKHD so với R7

Bảng 5. Biến chứng thường gặp và tư thế của răng khôn hàm dưới

	Mọc thẳng	Lệch gần	Lệch xa	Lệch má	Lệch lưỡi	Ngâm ngang	Ngâm dọc	Ngâm ngược
Sâu R7	1	11	0	0	0	1	0	0
Sâu R8	5	4	0	0	0	1	0	0
Tiêu XOR	2	29	0	0	0	0	0	0
VQTR	2	11	1	0	0	1	1	0
Viêm LT	8	4	0	5	0	0	0	0
Tổng	18	59	1	5	0	3	1	0
Tỉ Lệ	20,7%	67,8%	1,15%	5,74%	0%	3,45%	1,15%	0%

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy răng khôn hàm dưới mọc lệch gần gây biến chứng chiếm tỉ lệ lớn nhất (67,8%), ở vị trí này tiêu xương ổ răng chiếm tỉ lệ nhiều nhất (49,15%). Vị trí lệch xa và ngâm dọc chiếm tỉ lệ thấp nhất (1,15%).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tỷ lệ nam nữ trong nghiên cứu của chúng tôi khá cân bằng, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Như Hải năm 1999 [3] với tỷ lệ nam/ nữ là 1,2/1 hay Gupta năm 2010 với tỷ lệ tương ứng là 1,1/1. Điều này có thể giải thích là do răng khôn hàm dưới gây biến chứng là tình trạng thường gặp ở cả hai giới.

2. Đánh giá các biến chứng

Các biến chứng thường gặp: Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy những biến chứng thường gặp của RKHD là sâu răng 7, sâu răng 8, tiêu xương ổ răng, viêm quanh thân răng, lợi trùm. Trong đó tiêu xương ổ răng là biến chứng có tỉ lệ cao nhất. Những biến chứng nặng như viêm mô tế bào, viêm xương không bắt gặp trong mẫu nghiên cứu. Các nghiên cứu của tác giả Phạm Như Hải [3] và Nguyễn Anh Tùng cũng không gặp các tai biến trên trong mẫu nghiên cứu. Điều này cho thấy răng khôn hàm dưới hiếm khi gây nên viêm mô tế bào, viêm xương. Có

thể giải thích vì ngày nay do sự phát triển của kháng sinh nên có thể ngăn ngừa sớm những biến chứng này, và do đời sống phát triển các dịch vụ y tế được mở rộng để tiếp cận với người dân hơn, cũng như ý thức của người dân về sức khỏe răng miệng cũng được nâng cao, họ đến khám sớm khi có dấu hiệu bất thường.

Nhận xét các biến chứng hay gặp với độ sâu của răng khôn hàm dưới, chúng tôi nhận thấy răng khôn hàm dưới ở vị trí độ sâu A₂ gây tai biến nhiều nhất (57,47%) ở vị trí này do răng 8 bị kẹt răng 7 gây dất thức ăn, dẫn đến sâu răng 7, răng 8, viêm quanh thân răng, tiêu xương ổ răng. Mối liên quan giữa việc kẹt răng 7 và biến chứng tiêu xương ổ răng là có ý nghĩa thống kê, qua đó các R8 kẹt R7 có nguy cơ tiêu XOR cao hơn hẳn so với các R8 không kẹt.

Các nghiên cứu chỉ ra rằng biến chứng viêm lợi trùm thường gặp ở các răng mọc thẳng. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy ở vị trí A₁ tai biến viêm lợi trùm chiếm tỉ lệ nhiều nhất (62,48%), điều này là hợp lý.

- Tương quan khoảng rộng xương và các biến chứng: chúng tôi nhận thấy khoảng rộng xương loại II chiếm đa số ở các RKHD gây biến chứng (71,26%). Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến chứng tiêu XOR và khoảng rộng

xương loại II, các răng 8 có tương quan khoảng rộng xương loại II có nguy cơ gây tiêu XOR nhiều hơn hẳn so với các loại tương quan khoảng rộng xương còn lại. Điều này được giải thích do sự kém phát triển của xương hàm dưới khiến R8 không đủ chỗ mọc và thúc vào R7, tạo ra một áp lực gây tiêu xương ổ răng, gây đất thức ăn dẫn đến sâu răng, viêm quanh thân răng, lợi trùm.

Còn ở khoảng rộng xương loại I, R8 đủ chỗ để mọc thẳng trên cung hàm nên biến chứng viêm lợi trùm chiếm đa số là hợp lý.

- Vị trí của RKHD so với R7 và các biến chứng: Trong nghiên cứu của chúng tôi RKHD mọc lệch gần gây biến chứng nhiều nhất (67,8%) và biến chứng tiêu XOR cũng chiếm tỉ lệ nhiều nhất. Chúng tôi nhận thấy độ lệch gần của RKHD tăng tỉ lệ thuận với số biến chứng tiêu XOR nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn. RKHD lệch gần sẽ thúc vào R7 gây nên một áp lực làm tiêu xương ổ răng, độ lệch gần càng cao thì càng có khả năng gây tiêu xương ổ răng do gia tăng áp lực và tăng khả năng đất thức ăn dẫn đến viêm nhiễm gây tiêu xương. Ở RKHD mọc lệch gần tỉ lệ viêm quanh thân răng là rất cao so với các vị trí khác. Việc này cũng do sự lưu giữ thức ăn và khó làm sạch, lâu ngày sẽ ứ đọng gây viêm nhiễm túi quanh thân răng.

KẾT LUẬN

- Biến chứng hay gặp nhất là tiêu XOR (35,6%), tiếp đến là viêm lợi trùm (19,5%) và viêm quanh thân răng (18,4%), sâu R7 (14,9%) và ít nhất là sâu R8 (11,5%)

- RKHD ở độ sâu A₂ gây tai biến nhiều nhất (57,47%), độ sâu C chiếm tỉ lệ thấp nhất (1,15%), trong số những biến chứng, tiêu XOR chiếm đa số ở cả độ sâu A₂ và B. Ở độ sâu A₁ tai biến viêm lợi trùm chiếm đa số.

- Những RKHD kẹt R7 có tỉ lệ tiêu XOR nhiều hơn hẳn những răng không kẹt.

- Tương quan khoảng rộng xương loại II gây biến chứng nhiều nhất (71,26%). Những RKHD có tương quan khoảng rộng xương loại II có nguy cơ gây tiêu XOR nhiều hơn hẳn các răng có tương quan khoảng rộng xương loại I hoặc loại III.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thomas P. Osborn, George Frederickson et al (1985). *A prospective study of complications related to mandibular third molar surgery*. Vol 43, issue 10.767-769.

2. Chi Bui, Edward Seldin et al (2003). *Types, frequencies and risk factors for complications after third molar extraction*. Vol 61, issue 12. 1379.

3. Phạm Như Hải (1999). *Nhận xét tình hình răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm ở sinh viên lứa tuổi 18-25 và xử trí*. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội, 7.

MỘT SỐ THÓI QUEN DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN MẠNH TUẤN¹, LÊ THỊ HUYỀN TRANG², NGUYỄN THỊ HOA NGÀN²

¹Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng là một trong những ung thư phổ biến và là nguyên nhân tử vong chính trên toàn cầu. **Mục tiêu:** Mô tả một số thói quen dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng nghiên cứu:** 125 bệnh nhân ung thư đại trực tràng. **Kết quả:** 43,2% bệnh nhân ung thư trực tràng, vị trí ung thư đại tràng gặp nhiều nhất là đại tràng sigma ở nam và đại tràng lên ở nữ. Một số thói quen dinh dưỡng: dầu thực vật được sử dụng nhiều hơn mỡ động vật, đồ rán/nướng/quay tiêu thụ ở mức độ hàng tuần, thịt đỏ được tiêu thụ nhiều hơn thịt trắng. Mỳ tôm được sử dụng nhiều nhất trong các sản phẩm

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Mạnh Tuấn

Email: manhtuanteam@gmail.com

Ngày nhận: 24/5/2017

Ngày phản biện: 09/6/2017

Ngày duyệt bài: 22/6/2017

Ngày xuất bản: 20/7/2017

ché biến từ gạo/mỳ thay thế cho cơm.

Từ khóa: Thói quen dinh dưỡng, ung thư đại trực tràng.

SUMMARY

DIET OF COLORECTAL CANCER PATIENT AT BACH MAI HOSPITAL

Background: Colorectal cancer is one of the most common cancers and is the leading cause of death worldwide. **Objective:** To describe diet of patients with colorectal cancer. **Study design:** Cross-sectional descriptive study. **Study setting:** Surgery department in Bach Mai Hospital. **Subjects:** 125 patients with colorectal cancer. **Results:** 43.2% of patients with rectal cancer, the most common site of colon cancer are sigmoid colon in men and colon in women. **Diet:** Vegetable oils are more used than animal fats, fried / baked / rotifers at weekly levels, red meat is more consumed than white meat. Vegetables / fruits / beans are consumed daily, and the noodles are used most frequently in rice / noodle products instead of rice.

Keywords: Diet, colorectal cancer.