

THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI VÀ BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2018 - 2019

Đỗ Tất Thành¹, Thạch Minh Trang¹, Đặng Đức Huấn¹,
Nguyễn Thu Huyền¹ và Bùi Thị Trà Vi^{2,✉}

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả thực trạng nuôi dưỡng 30 bệnh nhân sau phẫu thuật cắt - tạo hình ung thư thực quản tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và khoa Phẫu thuật Tiêu hoá, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2019. Kết quả cho thấy: Sau phẫu thuật, bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong 3 ngày đầu, nuôi dưỡng tiêu hoá bổ sung qua sonde mũi - dạ dày cho bệnh nhân đầu tiên từ ngày thứ 4 rồi số lượng tăng dần qua những ngày tiếp theo. Không có bệnh nhân nào có thể ăn đường miệng trong 7 ngày theo dõi. Tổng năng lượng cung cấp cho bệnh nhân tăng dần và đạt cao nhất vào ngày thứ 7. Tỷ lệ bệnh nhân đạt nhu cầu khuyến nghị cũng cao nhất vào ngày này với 10%.

Từ khóa: ung thư thực quản, phẫu thuật thực quản, nuôi tĩnh mạch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là một trong những ung thư thường gặp. Theo thống kê của GLOBOCAN (2012) trên thế giới hiện có 450.000 ca mắc mới ung thư thực quản, con số này dự đoán sẽ tăng 140% vào năm 2025.¹ Tại Việt Nam, ung thư thực quản đứng hàng thứ 6 trong các ung thư ở nam giới, tỷ lệ tử vong trên 100.000 dân là 2,3% đối với nam và 0,8% đối với nữ giới. Suy dinh dưỡng và sụt cân diễn ra khá phổ biến với 40% - 80% bệnh nhân ung thư thực quản tùy theo địa điểm và phương pháp đánh giá.^{2,3}

Tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư thực quản trong bệnh viện chiếm tỷ lệ khá cao. Nghiên cứu tại 154 khoa của các bệnh viện tại Pháp có tới 60,2% bệnh nhân ung thư thực quản và/hoặc ung thư dạ dày bị suy dinh dưỡng.⁴ Tại Việt Nam, theo nghiên cứu

của Trần Châu Quyên và cộng sự (2017) có tới 50,2% bệnh nhân ung thư thực quản bị suy dinh dưỡng.² Người bệnh suy dinh dưỡng có nguy cơ tử vong cao hơn, thời gian nằm viện dài hơn. Một nghiên cứu của Moriana M tại Tây Ban Nha năm 2013 cho thấy có 50% người bệnh suy dinh dưỡng mới nhập viện và thời gian nằm viện của người bệnh suy dinh dưỡng là 13,5 ngày, lâu hơn so với người bệnh không suy dinh dưỡng là 6,7 ngày.⁵

Điều trị ung thư thực quản thường phối hợp phương pháp phẫu thuật - xạ trị - hóa trị, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất. Sau phẫu thuật cắt bỏ và tạo hình thực quản bằng dạ dày hoặc đại tràng khiến cho nuôi dưỡng bệnh nhân gặp nhiều khó khăn. Nghiên cứu của Đào Thị Thu Hoài trên những bệnh nhân ung thư cho thấy, chỉ có 17,5% người bệnh đạt được nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và 10,3% đạt nhu cầu khuyến nghị về protein.⁶ Nghiên cứu của Nguyễn Duy Hiếu về vấn đề nuôi dưỡng người bệnh phẫu thuật tiêu hoá 7

Tác giả liên hệ: Bùi Thị Trà Vi

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: travivi.hmu@gmail.com

Ngày nhận: 25/08/2021

Ngày được chấp nhận: 24/09/2021

ngày sau phẫu thuật chỉ ra 100% người bệnh được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (đơn độc hoặc kết hợp) trong 7 ngày đầu. Giá trị năng lượng nuôi dưỡng trong 7 ngày đầu thấp nhất là ngày đầu tiên với 708,6 kcal/ngày, không có bệnh nhân nào đạt đủ nhu cầu khuyến nghị trong ngày này, năng lượng nuôi dưỡng sau phẫu thuật của bệnh nhân đều đạt chưa đến 75% nhu cầu khuyến nghị.⁷

Nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị người bệnh ung thư thực quản và hạn chế các biến chứng, giảm chi phí y tế cũng như thời gian nằm viện cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng nuôi dưỡng người bệnh sau phẫu thuật ung thư thực quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018 - 2019” với mục tiêu: Mô tả chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật ung thư thực quản của bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018 - 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân phẫu thuật ung thư thực quản tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và khoa Phẫu thuật Tiêu hoá, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên.

- Đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán ung thư thực quản, nhập viện phẫu thuật có chuẩn bị ung thư thực quản.

- Đối tượng nghiên cứu có thời gian nằm viện từ 7 ngày trở lên.

- Đối tượng nghiên cứu có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

- Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy

đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng nghiên cứu có chỉ định mổ cấp cứu.

- Đối tượng nghiên cứu mắc các bệnh phối hợp khác như: suy thận, suy tim, đái tháo đường, viêm phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)...

2. Phương pháp

Thời gian tiến hành nghiên cứu

Từ tháng 12/2018 đến tháng 12 năm 2019.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu chủ đích, thu thập được tất cả 30 bệnh nhân đủ điều kiện trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn có chủ đích là tất cả bệnh nhân phẫu thuật thực quản do ung thư có chuẩn bị đủ điều kiện tham gia nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian nghiên cứu.

3. Xử lý số liệu

- Các thông tin thu thập bao gồm tuổi, giới, dân tộc, địa chỉ, nghề nghiệp của người bệnh.

- Các thông tin về đặc điểm lâm sàng của đối tượng: Vị trí khối u, giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học.

- Các thông tin thu thập về khẩu phần ăn của người bệnh bao gồm: khẩu phần 24h sau phẫu thuật, đường nuôi dưỡng dựa vào ghi khẩu phần 24h và ghi chép dịch nuôi dưỡng từ hồ sơ bệnh án

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Statistical Package for Social Sciences (SPSS 25.0).

4. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của việc nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia vào

ngiên cứu. Trong quá trình thu thập thông tin, đối tượng có thể từ chối không tham gia vào nghiên cứu bất cứ lúc nào. Các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng

cho bất kì mục đích nào khác và hoàn toàn được giữ bí mật. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thông qua.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 30)

| | Đặc điểm | n | % |
|------------------|-----------------|--------------|------|
| Giới | Nam | 30 | 100 |
| | Nữ | 0 | 0 |
| Tuổi | < 40 tuổi | 0 | 0 |
| | 40 - 59 tuổi | 16 | 53,3 |
| | ≥ 60 tuổi | 14 | 46,7 |
| | Trung bình tuổi | 58,60 ± 6,78 | |
| Xếp loại kinh tế | Nghèo | 1 | 3,3 |
| | Cận nghèo | 1 | 3,3 |
| | Không xếp loại | 28 | 93,3 |

Nhận xét: Nghiên cứu trên 30 người bệnh ung thư thực quản cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng là 58,60 ± 6,78 tuổi; tập trung chủ yếu ở độ tuổi trung niên từ 40 - 59 tuổi (58,5%), sau đó đến nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên (40,8%)

và không có đối tượng nào dưới 40 tuổi. Toàn bộ đối tượng là nam giới. Có một số lượng nhỏ bệnh nhân có kinh tế gia đình ở mức nghèo (3,3%) và cận nghèo (3,3%)

Bảng 2. Các đường nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật (n=30)

| Thời gian (ngày) | Tĩnh mạch | | Đường miệng | | Đường sonde | | Không nuôi ăn | |
|------------------|-----------|-----|-------------|---|-------------|------|---------------|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Ngày 1 | 30 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ngày 2 | 30 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ngày 3 | 30 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ngày 4 | 30 | 100 | 0 | 0 | 1 | 3,3 | 0 | 0 |
| Ngày 5 | 30 | 100 | 0 | 0 | 3 | 10 | 0 | 0 |
| Ngày 6 | 30 | 100 | 0 | 0 | 6 | 20 | 0 | 0 |
| Ngày 7 | 30 | 100 | 0 | 0 | 7 | 23,3 | 0 | 0 |

Nhận xét: 100% bệnh nhân không nuôi ăn bằng đường miệng trong 7 ngày đầu sau phẫu thuật. Trong đó, 3 ngày đầu tiên sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch

hoàn toàn. Tỷ lệ bệnh nhân bắt đầu được nuôi dưỡng qua sonde kết hợp với nuôi dưỡng tĩnh mạch tăng dần từ ngày thứ 4 (3,3%) đến ngày thứ 7 (23,3%).

Bảng 3. Năng lượng trung bình từ các đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật

| Thời gian (ngày) | Tĩnh mạch (kcal) | Đường miệng (kcal) | Đường sonde (kcal) | Tổng số (kcal) |
|------------------|------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Ngày 1 | 1057,83 ± 334,15 | 0 | 0 | 1057,83 ± 334,15 |
| Ngày 2 | 1085,33 ± 339,97 | 0 | 0 | 1085,33 ± 339,97 |
| Ngày 3 | 1201,33 ± 273,67 | 0 | 0 | 1201,33 ± 273,67 |
| Ngày 4 | 1275,28 ± 243,61 | 0 | 29,44 | 1304,72 ± 240,68 |
| Ngày 5 | 1206,11 ± 355,78 | 0 | 88,33 ± 269,52 | 1294,44 ± 256,15 |
| Ngày 6 | 1135,83 ± 412,13 | 0 | 176,66 ± 359,36 | 1310,83 ± 240,35 |
| Ngày 7 | 1179,61 ± 379,60 | 0 | 206,10 ± 379,98 | 1326,83 ± 238,35 |

Nhận xét: Trong 3 ngày đầu nuôi dưỡng, năng lượng được cung cấp cho bệnh nhân hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch. Từ ngày thứ 4 trở đi có thêm nguồn năng lượng từ đường tiêu hoá nhưng chỉ bao gồm đường sonde. Năng lượng cung cấp qua sonde tăng

dần từ ngày thứ 4 trong khi đó năng lượng cung cấp qua tĩnh mạch có xu hướng giảm. Tổng năng lượng được cung cấp cho bệnh nhân cũng có xu hướng tăng dần qua các ngày và đạt mức cao nhất vào ngày thứ 7 là 1326,83 ± 238,35 kcal.

Bảng 4. Đáp ứng nhu cầu năng lượng và protein sau phẫu thuật theo Bộ Y tế

| Ngày | | Năng lượng (%) | | Protein (%) | |
|--------|-----------|----------------|-------|-------------|-------|
| | | Tần số | Tỷ lệ | Tần số | Tỷ lệ |
| Ngày 1 | Đạt | 1 | 3,3 | 10 | 33,3 |
| | Không đạt | 29 | 96,7 | 20 | 66,7 |
| Ngày 2 | Đạt | 1 | 3,3 | 10 | 33,3 |
| | Không đạt | 29 | 96,7 | 20 | 66,7 |
| Ngày 3 | Đạt | 1 | 3,3 | 11 | 36,7 |
| | Không đạt | 29 | 96,7 | 19 | 63,3 |
| Ngày 4 | Đạt | 3 | 10 | 15 | 50 |
| | Không đạt | 27 | 90 | 15 | 50 |

| Ngày | | Năng lượng (%) | | Protein (%) | |
|--------|-----------|----------------|-------|-------------|-------|
| | | Tần số | Tỷ lệ | Tần số | Tỷ lệ |
| Ngày 5 | Đạt | 3 | 10 | 17 | 56,7 |
| | Không đạt | 27 | 90 | 13 | 43,3 |
| Ngày 6 | Đạt | 3 | 10 | 18 | 60 |
| | Không đạt | 27 | 90 | 12 | 40 |
| Ngày 7 | Đạt | 3 | 10 | 18 | 60 |
| | Không đạt | 27 | 90 | 12 | 40 |

Nhận xét: Theo khuyến nghị của Bộ Y tế, nhu cầu năng lượng và protein khuyến nghị cho bệnh nhân sau phẫu thuật là 35 - 40 Kcal/kg/ngày và 1 - 1,2 g/kg/ngày. Tỷ lệ khâu phần của các bệnh nhân đạt được mức này của Bộ Y tế về năng lượng ở mức rất thấp. Ba ngày đầu tiên sau phẫu thuật, chỉ có một bệnh nhân đáp ứng được mức nhu cầu về năng lượng.

Tỷ lệ này tăng rất chậm theo từng ngày. Đến ngày thứ 7, có 10% bệnh nhân đáp ứng đủ nhu cầu khuyến nghị của Bộ Y tế. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng đủ nhu cầu protein khá cao khi so với năng lượng. Hai ngày đầu tiên, có 1/3 số bệnh nhân được cung cấp đủ protein. Tỷ lệ này tăng cao nhất vào ngày thứ 7 với 60% đạt nhu cầu khuyến nghị protein.

Bảng 5. Giá trị một vài vitamin và khoáng chất từ khẩu phần sau phẫu thuật

| | Ngày 1 | Ngày 2 | Ngày 3 | Ngày 4 | Ngày 5 | Ngày 6 | Ngày 7 |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Vitamin B1 (mg) | 0,47; 0 - 3,51 | 0,59; 0 - 3,51 | 0,59; 0 - 3,51 | 0,67; 0 - 3,51 | 1, 10; 0 - 3,51 | 1,18; 0 - 3,51 | 1,18; 0 - 3,51 |
| Vitamin B2 (mg) | 0 | 0 | 0 | 0,05; 0 - 0,8 | 35,11; 0 - 1050 | 0,16; 0 - 0,8 | 0,16; 0 - 0,8 |
| Vitamin PP (mg) | 6,13; 0 - 46 | 7,67; 0 - 46,0 | 7,67; 0 - 46,0 | 8,13; 0 - 46 | 13,19; 0 - 46 | 13,65; 0 - 46 | 13,65; 0 - 46 |
| Vitamin B6 (mg) | 0,60; 0 - 4,53 | 0,76; 0 - 4,53 | 0,76; 0 - 4,53 | 0,83; 0 - 4,53 | 1,35; 0 - 4,53 | 1,43; 0 - 4,53 | 1,43; 0 - 4,53 |
| Folat (µg) | 0,05; 0 - 0,41 | 0,07; 0 - 0,41 | 0,068; 0 - 0,41 | 11,39; 0 - 169,8 | 22,75; 0 - 169,80 | 34,07; 0 - 169,80 | 34,07; 0 - 169,80 |
| Vitamin B12 (mg) | 0,001; 0 - 0,01 | 0,002; 0 - 0,01 | 0,002; 0 - 0,01 | 0,13; 0 - 1,9 | 0,26; 0 - 1,90 | 0,38; 0 - 1,9 | 0,38; 0 - 1,9 |
| Vitamin C (mg) | 16,67; 0 - 125 | 20,83; 0 - 125,0 | 20,83; 0 - 125 | 23,71; 0 - 125 | 39,08; 0 - 125 | 41,95; 0 - 125 | 41,95; 0 - 125 |
| Vitamin A (µg) | 466,67; 0 - 3500 | 583,33; 0 - 3500 | 583,33; 0 - 3500 | 619,99; 0 - 3500 | 1006,65; 0 - 3500 | 1043,31; 0 - 3500 | 1043,31; 0 - 3500 |
| Vitamin D (µg) | 29,33; 0 - 220 | 36,67; 0 - 220 | 36,67; 0 - 220 | 36,84; 0 - 220 | 59,01; 0 - 220 | 59,19; 0 - 220 | 59,19; 0 - 220 |
| Vitamin E (mg) | 0 | 0 | 0 | 0,46; 0 - 6,9 | 0,92; 0 - 6,90 | 1,38; 0 - 6,9 | 1,38; 0 - 6,9 |
| Vitamin K (µg) | 0 | 0 | 0 | 4,60; 0 - 69 | 9,20; 0 - 69 | 13,8; 0 - 69 | 13,8; 0 - 69 |
| Canxi (mg) | 0 | 0 | 0 | 21,01; 0 - 315,20 | 42,03; 0 - 315,20 | 63,04; 0 - 315,20 | 63,04; 0 - 315,20 |
| Sắt (mg) | 0 | 0 | 0 | 0,51; 0 - 7,60 | 1,01; 0 - 7,60 | 1,52; 0 - 7,60 | 1,52; 0 - 7,60 |
| Phospho (mg) | 8,33; 0 - 20 | 7,67; 0 - 20,0 | 9,33; 0 - 20 | 46,0; 0 - 560 | 81,67; 0 - 560 | 117,67; 0 - 560 | 118,0; 0 - 560 |
| Kẽm (mg) | 0 | 0 | 0 | 0,41; 0 - 6,20 | 0,83; 0 - 6,2 | 1,24; 0 - 6,20 | 1,24; 0 - 6,20 |

Nhận xét: Trong ba ngày đầu sau phẫu thuật cắt và tạo hình thực quản, bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, có bổ sung vitamin và các chất khoáng nhưng rất thấp và tất cả đều không đạt nhu cầu khuyến nghị. Ngày thứ 4 sau phẫu thuật, một số bệnh nhân được bắt đầu nuôi dưỡng qua sonde kết hợp đường tĩnh mạch, lượng vitamin và khoáng chất được bổ sung tăng dần. Tần số khẩu phần đạt mức khuyến nghị chung của các vitamin rất thấp, hầu hết chưa đạt nhu cầu của một số vitamin. Tần số này tăng dần lên trong những ngày bệnh nhân được bổ sung dinh dưỡng qua sonde. Lượng vitamin và khoáng chất được cung cấp từ các khẩu phần có sự chênh lệch lớn. Đặc biệt một số bệnh nhân hoàn toàn không được bổ sung vi chất trong 7 ngày sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân phẫu thuật cắt và tạo hình thực quản do ung thư, kết quả (bảng 1) cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng là $58,60 \pm 6,78$ tuổi. Độ tuổi mắc bệnh hay gặp nhất là 40 - 59 tuổi (53,5%) và không có bệnh nhân nào dưới 40 tuổi. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh. Tỷ lệ đối tượng từ 40 - 59 tuổi của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hòa (58,5%).⁸ Một số nghiên cứu ở nước ngoài cho thấy độ tuổi mắc bệnh trung bình cao hơn, khoảng 65 tuổi.⁹ Toàn bộ đối tượng nghiên cứu đều là nam giới. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu được thực hiện ở Việt Nam như của Phạm Đức Huân là 96,9%¹⁰ và Nguyễn Thị Thanh Hòa là 100%; cao hơn nghiên cứu của Lannoy là 75%.⁴ Nguyên nhân có thể do hút thuốc là và rượu bia là hai yếu tố nguy cơ của bệnh và phụ nữ Việt Nam không có thói quen hút thuốc hay uống rượu như phụ nữ phương Tây. Có một lượng nhỏ bệnh nhân có kinh tế gia đình ở mức cận nghèo (3,3%) và nghèo (3,3%). Những bệnh nhân khó khăn về kinh tế

có ít cơ hội tiếp cận và khám sức khỏe thường xuyên nên khi phát hiện bệnh thường ở giai đoạn muộn, khó có khả năng phẫu thuật cắt và tạo hình thực quản dẫn đến nhóm bệnh nhân này chiếm tỷ lệ thấp trong nghiên cứu.

Nghiên cứu thực trạng nuôi dưỡng sau phẫu thuật cho thấy: trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn. Bệnh nhân được bắt đầu nuôi dưỡng bổ sung qua sonde mũi - dạ dày từ ngày thứ 4 nhưng chỉ có 1 bệnh nhân. Tỷ lệ này tăng dần trong những ngày tiếp theo và đạt tỷ lệ cao nhất vào ngày thứ 7 (23,3%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được đặt sonde mũi - dạ dày sau phẫu thuật, nhưng việc khởi động ăn qua sonde khá chậm. Bệnh nhân thường được cung cấp 2 - 3 bữa ăn sonde/ngày dẫn tới năng lượng cung cấp qua đường này rất thấp. Chính vì thế 100% bệnh nhân vẫn được duy trì nuôi dưỡng tĩnh mạch. Không có bệnh nhân nào có khả năng ăn đường miệng trong 7 ngày theo dõi. Một số nghiên cứu trên bệnh nhân sau phẫu thuật ở Việt Nam những năm gần đây cho thời gian khởi động ăn đường miệng rất khác nhau. Nghiên cứu của Chu Thị Tuyết cho thấy thời gian trung bình bắt đầu ăn đường miệng là 4,56 ngày (109,5 giờ) trên nhóm bệnh nhân đối chứng.¹¹ Đồng thời, nghiên cứu cũng chỉ ra việc nuôi dưỡng sớm bệnh nhân trung bình ở giờ thứ 37,7 là an toàn và giúp giảm thời gian nằm viện cho những bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hoá. Nghiên cứu trên bệnh nhân sau phẫu thuật mở thông dạ dày năm 2018 cho thời gian trung bình bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng là 2,6 ngày.⁸ Sự khác biệt giữa các nghiên cứu là do nhóm đối tượng nghiên cứu là khác nhau nên thực hành khởi động nuôi ăn đường miệng ở các bác sĩ là khác nhau, đồng thời do quan điểm cho ăn sớm hay muộn của mỗi bác sĩ, mỗi khoa, mỗi bệnh viện là khác nhau. Tuy nhiên, trong các

nghiên cứu trên, thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hoá đều kéo dài hơn so với khuyến nghị. Chương trình tăng cường hồi phục sớm sau phẫu thuật ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) đã chỉ ra việc nuôi dưỡng sớm đường miệng giúp cải thiện các kết quả đầu ra cho bệnh nhân sau phẫu thuật. Nuôi dưỡng sớm đường miệng ở những bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hoá giúp phục hồi nhanh các nhung mao ruột, giảm thâm lậu vi khuẩn, giảm các biến chứng sau phẫu thuật và thời gian nằm viện. Đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là phẫu thuật cắt - tạo hình thực quản nên việc nuôi dưỡng có tính đặc thù. Thực quản là con đường tiêu hoá đầu tiên sau miệng, thức ăn đi qua đây còn có tính chất khá thô sơ mà chưa được tiêu hoá nhiều. Việc nuôi dưỡng quá sớm sau phẫu thuật có thể làm ảnh hưởng đến vết mổ nên các bác sỹ lâm sàng thường khá e dè trong việc nuôi dưỡng đường miệng cho đối tượng bệnh nhân này. Hơn nữa, do lo sợ về khả năng dung nạp đường tiêu hoá sau phẫu thuật, tác dụng phụ của thuốc gây mê nên đối với những bệnh nhân có sonde mũi - dạ dày cũng bị trì hoãn nuôi qua sonde. Do đó, trong tương lai, cần có những phác đồ nuôi dưỡng sau phẫu thuật cụ thể cho từng loại phẫu thuật khác nhau theo từng giai đoạn.

Trong thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, tổng năng lượng trung bình được cung cấp cho bệnh nhân là 1057,83 Kcal và tăng dần đến ngày nuôi dưỡng thứ 3 là 1201,33 Kcal. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Lan Phương (2019) trên bệnh nhân nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong 7 ngày là 1016,3 Kcal.¹² Lý do là trong thời gian gần đây, với sự phát triển của dinh dưỡng lâm sàng, thực hành nuôi dưỡng tĩnh mạch cho bệnh nhân đã có nhiều cải thiện. Năng lượng cung cấp qua đường tĩnh mạch bắt đầu giảm vào ngày thứ 5 sau phẫu thuật do bệnh nhân

được bổ sung dinh dưỡng một phần qua sonde mũi - dạ dày. Tổng năng lượng cung cấp cũng tăng dần lên từng ngày và đạt mức cao nhất vào ngày thứ 7 là 1326,83 Kcal/ngày. Những nghiên cứu khác trên bệnh nhân UTTQ cũng cho kết quả tương tự là 1343,9 Kcal/ngày⁸ và 1208 Kcal/ngày.²

Về tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng về năng lượng từ khẩu phần ăn: trong những ngày nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, chỉ có 1 bệnh nhân đạt nhu cầu khuyến nghị theo Bộ Y tế (3,3%). Tỷ lệ này tăng lên cao nhất vào ngày thứ 7 với 10% bệnh nhân được đáp ứng đủ nhu cầu (Bảng 3.). Về protein, trong giai đoạn nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn có 10 - 11% bệnh nhân đáp ứng đủ nhu cầu. Khi bệnh nhân bắt đầu được nuôi dưỡng bổ sung qua sonde, tỷ lệ tăng mạnh và đạt mức cao nhất là 60% từ ngày thứ 6. Như vậy, tuy đã có những tiến bộ trong công tác nuôi dưỡng tĩnh mạch, nhưng tỷ lệ bệnh nhân đạt đủ nhu cầu năng lượng và protein trong những ngày nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn vẫn ở mức thấp. Nguyên nhân là bởi những chính sách của bảo hiểm y tế về những sản phẩm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch được thanh toán đã hạn chế các bác sỹ trong việc chỉ định cho bệnh nhân. Trong khi việc kê đơn cho bệnh nhân mua ngoài cũng khá khó khăn do khả năng về tài chính của bệnh nhân.

Sau phẫu thuật, khẩu phần của bệnh nhân cung cấp lượng vitamin rất thấp và hầu hết không đầy đủ. Trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật, người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn nên chỉ có một số được bổ sung chế phẩm vitamin tổng hợp Cernevit dẫn đến hầu hết người bệnh không đạt đủ nhu cầu khuyến nghị về vitamin. Tần số này tăng lên trong những ngày bệnh nhân bắt đầu được nuôi dưỡng bổ sung đường tiêu hoá nhưng số lượng bệnh nhân được nuôi dưỡng tiêu hoá còn ở mức thấp, lượng nuôi dưỡng ít nên tỷ lệ các vitamin

- khoáng chất vẫn ở mức rất thấp và chênh lệch khá nhiều giữa các bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 30 bệnh nhân ung thư phẫu thuật cắt và tạo hình thực quản có độ tuổi trung bình là $58,60 \pm 6,78$ tuổi cho thấy: trong vòng 7 ngày sau phẫu thuật, không có bệnh nhân nào được khởi động ăn đường miệng. Tổng năng lượng cung cấp cho người bệnh tăng dần và cao nhất vào ngày thứ 7 là 1326,83 Kcal/ngày, trong đó, chủ yếu là năng lượng cung cấp qua đường tĩnh mạch. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng về năng lượng và protein theo khuyến nghị của Bộ Y tế cũng ở mức rất thấp. Tỷ lệ này cao nhất từ ngày thứ 6 khi người bệnh bắt đầu được ăn bổ sung qua sonde. Lượng cung cấp vitamin và khoáng chất từ các khẩu phần cũng rất thấp và có sự chênh lệch lớn. Từ các kết quả này cho thấy, cần có những hướng dẫn cụ thể về việc bổ sung chế phẩm vitamin - khoáng chất tổng hợp cho người bệnh nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn. Đồng thời tăng cường đào tạo, tập huấn, tư vấn để thay đổi nhận thức của phẫu thuật viên nhằm rút ngắn thời gian khởi động nuôi dưỡng đường tiêu hoá.

LỜI CẢM ƠN

Tác giả xin gửi lời cảm ơn đến ban lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã giúp đỡ trong quá trình thu thập số liệu. Đặc biệt tác giả xin gửi lời biết ơn sâu sắc đến các bệnh nhân, gia đình bệnh nhân đã phối hợp, tham gia trong suốt quá trình nghiên cứu.

HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Do số lượng người bệnh phẫu thuật cắt thực quản trong thời gian nghiên cứu thấp nên chỉ lấy được 30 bệnh nhân. Đây là một cỡ mẫu nhỏ nên chưa có tính đại diện.

Thời gian theo dõi đối tượng nghiên cứu là 7 ngày, phần lớn người bệnh chưa hoặc chỉ khởi động nuôi dưỡng đường tiêu hoá từ 2-3 ngày dẫn đến chưa thể nhận định chính xác về toàn bộ quá trình nuôi dưỡng người bệnh phẫu thuật cắt thực quản tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global cancer statistics, 2012 - Torre - 2015 - CA: A Cancer Journal for Clinicians - Wiley Online Library.
2. Quyen TC, Angkatavanich J, Thuan TV, Xuan VV, Tuyen LD, Tu DA. Nutrition assessment and its relationship with performance and Glasgow prognostic scores in Vietnamese patients with esophageal cancer. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2017;26(1):49-58. doi:10.6133/apjcn.122015.02.
3. Yoshida N, Harada K, Baba Y, et al. Preoperative controlling nutritional status (CONUT) is useful to estimate the prognosis after esophagectomy for esophageal cancer. *Langenbecks Arch Surg.* 2017;402(2):333-341. doi:10.1007/s00423-017-1553-1.
4. Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, de Montreuil CB, Schneider SM, Goldwasser F. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2014;38(2):196-204. doi:10.1177/0148607113502674.
5. Moriana M, Civera M, Artero A, et al. Validity of subjective global assessment as a screening method for hospital malnutrition. Prevalence of malnutrition in a tertiary hospital. *Endocrinol Nutr Organ Soc Espanola Endocrinol Nutr.* 2014;61(4):184-189. doi:10.1016/j.endonu.2013.10.006.
6. Đào Thị Thu Hoài. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai năm 2016. Luận văn thạc sỹ y

học, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. Nguyễn Duy Hiếu. Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh phẫu thuật ống tiêu hoá tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2016. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. Nguyễn Thị Thanh Hoà. Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhân ung thư thực quản tại khoa Ngoại bụng, bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2017 - 2018. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

9. Phan Thị Bích Hạnh. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của bệnh nhân ung thư có điều trị hoá chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 - 2017. Luận văn thạc

sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

10. Phạm Đức Huấn. Nghiên cứu điều trị phẫu thuật ung thư thực quản ngực năm 2003. Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

11. Chu Thị Tuyết. Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ - tiêu hoá mở có chuẩn bị tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2013. Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

12. Phạm Thị Lan Phương. Thực trạng nuôi dưỡng tĩnh mạch và một số kết quả lâm sàng nhân trắc, cận lâm sàng của người bệnh tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2018-2019. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

Summary

DIETARY MANAGEMENT OF PATIENTS POST ESOPHAGEAL CANCER SURGERY AT THE HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL AND VIET NAM GERMANY UNIVERSITY HOSPITAL IN 2018 - 2019

This is a descriptive study of 30 patients with esophageal cancer surgery inpatients in the General Surgery Department at the Ha Noi medical university hospital and Digestive surgery department at the Viet Nam Germany university hospital. Results showed that: After surgery, patient receives total parenteral nutrition for the first 3 days, supplemental enteral feeding nasogastric tube from day 4, and then gradually increased over the next 3 days. No one was able to take oral feeding during the 7 days post surgery. Total energy provided to the patient increased gradually and reached the highest on day 7. The percentage of patients who met the recommended requirement was also the highest on this day with 10%.

Keywords: Esophageal cancer, esophageal surgery, parenteral nutrition.