

THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2024 - 2025

Công Thị Ngọc Ánh¹, Trần Ngọc Dũng², Nguyễn Võ Nhị Hà²
Phạm Thị Tuyết Chinh² và Nguyễn Thùy Linh^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 98 người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hoá có chuẩn bị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024 - 2025 với mục tiêu nhằm mô tả thực trạng nuôi dưỡng sau phẫu thuật. Đối tượng nghiên cứu gồm 60,2% nam giới và 39,8% nữ giới. Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng trung bình là $2,2 \pm 1,2$ ngày, sớm nhất vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Thời gian trung tiện trung vị ở nhóm bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật là 22 giờ (sớm hơn so với nhóm nuôi dưỡng sau 24 giờ hậu phẫu là 34,5 giờ, $p < 0,05$). Năng lượng cung cấp chỉ đạt 48,8 - 65,6% và protein đạt 50 - 66,7% so với nhu cầu khuyến nghị; vitamin và khoáng chất đều thiếu so với nhu cầu. Kết quả cho thấy mặc dù người bệnh được khởi động nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm hơn nhưng chế độ dinh dưỡng vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu khuyến nghị.

Từ khoá: Phẫu thuật đường tiêu hoá, nuôi dưỡng sau phẫu thuật, nuôi dưỡng đường miệng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, năm 2024 - 2025.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là một trong những bệnh đi kèm chính và là yếu tố dự báo độc lập về tiên lượng kém sau phẫu thuật.¹ Tác động của suy dinh dưỡng trong bối cảnh phẫu thuật là rất lớn, suy dinh dưỡng làm gia tăng đáng kể tỷ lệ biến chứng, tử vong và thời gian nằm viện sau phẫu thuật, cũng như đặt gánh nặng kinh tế đáng kể lên hệ thống y tế.^{2,3} Ở các nước Châu Á, tỷ lệ suy dinh dưỡng mức độ trung bình và nặng của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hoá lên tới 54%.⁴ Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Nguyên (2022) ghi nhận tỷ lệ suy dinh dưỡng sau phẫu thuật tiêu hoá lên đến 80% theo tiêu chí SGA.⁵

Ở người bệnh phẫu thuật nói chung, can

thiệp dinh dưỡng có thể cải thiện kết quả phẫu thuật và giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do nhiễm trùng.⁶ Nuôi dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật là một trong những biện pháp can thiệp chính của Chương trình chăm sóc phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS).⁷ Tại Việt Nam, việc nuôi dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật đã được quan tâm và khuyến cáo, tuy nhiên do những lo ngại về nguy cơ rò rỉ dạ dày, tắc ruột sau mổ khiến người bệnh phải nhịn ăn cho đến khi trung tiện vẫn còn là một thực hành phổ biến. Theo nghiên cứu của Trịnh Bảo Ngọc (2020) cho thấy, 100% người bệnh được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch vào ngày thứ nhất và ngày thứ hai sau mổ, thời gian trung bình khởi động nuôi ăn đường miệng sau phẫu thuật là $6,0 \pm 1,8$ ngày.⁸

Với mong muốn khảo sát được thực trạng nuôi dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật, từ đó đưa ra các khuyến nghị nhằm nâng cao

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thùy Linh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: linhngthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 16/10/2025

Ngày được chấp nhận: 04/12/2025

chất lượng chăm sóc, điều trị và hạn chế các biến chứng liên quan đến dinh dưỡng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng nuôi dưỡng người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hoá tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024 - 2025” với mục tiêu: Mô tả thực trạng nuôi dưỡng sau phẫu thuật đường tiêu hoá của người bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024 - 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh được chỉ định phẫu thuật đường tiêu hoá có chuẩn bị tại Khoa Ngoại Hậu Môn - Đại trực tràng và Sàn chậu và Khoa Ngoại tổng hợp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được phẫu thuật đường tiêu hoá có chuẩn bị, bao gồm: dạ dày, ruột non, đại tràng, trực tràng/hậu môn. Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh đang trong tình trạng nặng, người bệnh không thể thu thập được thông tin (câm, điếc...), người bệnh không đo được các chỉ tiêu nhân trắc như cân nặng, chiều cao.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 08/2024 đến tháng 06/2025 tại Khoa Ngoại tổng hợp và Khoa Ngoại Hậu môn - Đại trực tràng và Sàn chậu Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả người bệnh được chỉ định phẫu thuật tiêu hoá có chuẩn bị đặt tiêu chí chọn mẫu tại Khoa Ngoại Hậu môn - Đại trực tràng và Sàn chậu và Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian tiến hành nghiên cứu được 98 người bệnh.

Nội dung/Chỉ số nghiên cứu

Thu thập các thông tin cơ bản bao gồm: tuổi, giới, tiền sử bệnh tật và loại phẫu thuật.

Điều tra khẩu phần 24 giờ sau phẫu thuật: Hỏi bắt đầu từ bữa ăn gần nhất và truy vấn ngược dần theo diễn tiến thời gian tất cả đồ ăn, thức uống đã được người bệnh tiêu thụ trong vòng 7 ngày đầu sau phẫu thuật.

Ghi chép tất cả các dung dịch/chế phẩm nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch trong vòng 7 ngày sau phẫu thuật.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Xây dựng bộ câu hỏi và các công cụ cần thiết. Tiến hành thử nghiệm trên một số người bệnh và hoàn thiện bộ câu hỏi trước khi chính thức nghiên cứu. Tiến hành điều tra thực trạng nuôi dưỡng sau phẫu thuật của người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được nhập vào phần mềm Epidata 3.1, sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 25.

Số liệu điều tra khẩu phần được quy đổi từ thức ăn chín sang lượng thức ăn sống sạch theo Bảng quy đổi của Viện Dinh dưỡng sau đó nhập giá trị dinh dưỡng của khẩu phần vào bảng Excel và tính toán giá trị dinh dưỡng của thực phẩm dựa vào số liệu của Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam.

Các biến định tính được trình bày theo tần suất và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng tuân theo quy luật phân phối chuẩn được biểu thị dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các biến định lượng có phân phối không chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị). So sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng cách sử dụng kiểm định phù hợp là Anova test và Mann-Whitney.

Sai số và khống chế sai số

Sai số lựa chọn do đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu hoặc không trả lời, được khắc phục bằng cách trình bày rõ ràng ý nghĩa và

mục đích nghiên cứu cho các đối tượng và tránh phỏng vấn lúc người bệnh đang mệt.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng thẩm định đề cương luận văn Thạc sĩ của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 128/QĐ-ĐHYHN ngày 17 tháng 01 năm 2025, cùng sự đồng ý của Ban Giám đốc và Lãnh đạo các khoa liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Người bệnh tham gia hoàn toàn tự nguyện, được bảo mật thông tin, có quyền từ chối hoặc rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Nghiên cứu không can thiệp điều trị, không gây ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh và đảm bảo tuân thủ

đầy đủ các quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 98 người bệnh phẫu thuật đường tiêu hoá, trong đó phẫu thuật đại tràng chiếm tỷ lệ lớn nhất là 44,9%, phẫu thuật dạ dày, trực tràng/hậu môn và ruột non lần lượt là 23,5%, 19,4% và 12,2%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $60,4 \pm 12,9$ tuổi, chủ yếu là người bệnh trên 60 tuổi (54,1%), sau đó là nhóm từ 31 - 60 tuổi (43,9%) và chỉ có 2 người bệnh từ 18 - 30 tuổi (2%). Tỷ lệ nam và nữ giới lần lượt là 60,2% và 39,8%. Đa số người bệnh đến từ nông thôn (59,2%).

Bảng 1. Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng theo vị trí phẫu thuật

Vị trí phẫu thuật	n (%)	$\bar{X} \pm SD$ (ngày thứ)	Min - Max (ngày thứ)	p*
Dạ dày	23 (23,5)	$3,0 \pm 1,4$	1 - 6	< 0,001
Ruột non	12 (12,2)	$2,2 \pm 1,6$	1 - 7	
Đại tràng	44 (44,9)	$2,0 \pm 0,8$	1 - 4	
Trực tràng/ Hậu môn	19 (19,4)	$1,6 \pm 0,8$	1 - 4	

* Anova test

Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng bằng đường miệng trung bình là $2,2 \pm 1,2$ ngày, sớm nhất vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Nhóm phẫu thuật Trực tràng/Hậu môn có thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng sớm nhất, trung bình

là $1,6 \pm 0,8$ ngày sau phẫu thuật, tiếp theo đến Đại tràng $2,0 \pm 0,8$ ngày, Ruột non $2,2 \pm 1,6$ ngày sau phẫu thuật và muộn nhất là dạ dày $3,0 \pm 1,4$ ngày sau phẫu thuật. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. Thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng và thời gian xuất hiện trung tiện

Thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng	Thời gian trung tiện		p*
	Trung vị (Khoảng tứ phân vị) (giờ)	Min - Max (giờ)	
≤ 24 giờ	22 (19 - 45,5)	9 - 101	0,048
> 24 giờ	34,5 (21 - 50)	7 - 95	

* Mann-Whitney

Ở nhóm người bệnh được nuôi dưỡng sớm trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật, thời gian có trung tiện trung vị là 22 giờ, sớm hơn so với

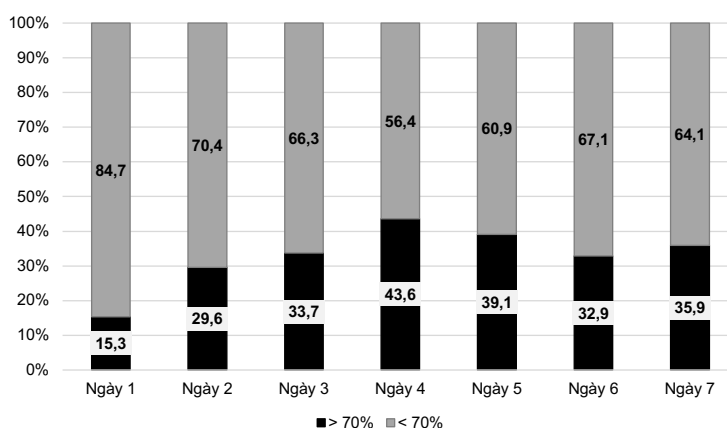
nhóm người bệnh được nuôi dưỡng sau 24 giờ hậu phẫu là 34,5 giờ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Giá trị năng lượng và protein trong 7 ngày sau phẫu thuật

	Năng lượng đường tĩnh mạch (kcal)	Năng lượng đường tiêu hoá (kcal)	Tổng năng lượng (kcal)	Protein (g)
	$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)
Ngày 1 (n = 98)	670,6 $\pm$ 239,5 (100 - 1380)	8,5 $\pm$ 22,7 (0 - 132,1)	679,1 $\pm$ 235,2 (117,2 - 1380,0)	32,9 $\pm$ 13,9 (0 - 75,3)
Ngày 2 (n = 98)	787,6 $\pm$ 239,6 (100 - 1605)	89,3 $\pm$ 126 (0 - 611,7)	876,6 $\pm$ 229,6 (475,8 - 1747,2)	40,7 $\pm$ 12,4 (21,5 - 91,2)
Ngày 3 (n = 98)	718,6 $\pm$ 317,4 (0 - 1605)	187,1 $\pm$ 214,4 (0 - 969,8)	909,2 $\pm$ 302,3 (251,6 - 1889,4)	41 $\pm$ 15,8 (1,2 - 93)
Ngày 4 (n = 94)	590,1 $\pm$ 377,1 (0 - 1605)	324 $\pm$ 272,7 (0 - 1006,3)	918,3 $\pm$ 352,8 (100 - 1842)	42 $\pm$ 20,9 (0 - 110,4)
Ngày 5 (n = 87)	399,1 $\pm$ 386,9 (0 - 1405)	482 $\pm$ 299,4 (0 - 1225)	888,5 $\pm$ 368,8 (251,5 - 1763,6)	42,3 $\pm$ 20,2 (0 - 97,1)
Ngày 6 (n = 73)	260 $\pm$ 339,7 (0 - 1050)	601 $\pm$ 315,2 (0 - 1356,2)	859,1 $\pm$ 346,7 (100 - 1907,8)	40,7 $\pm$ 19,2 (0 - 87)
Ngày 7 (n = 39)	226,2 $\pm$ 333,7 (0 - 1050)	636,3 $\pm$ 337,4 (0 - 1333,5)	859,9 $\pm$ 357,6 (355,9 - 1758,3)	39,7 $\pm$ 18,8 (1,2 - 86)

Khẩu phần năng lượng và protein có xu hướng tăng dần từ ngày thứ 1 (679,1kcal và 32,9g) đến ngày thứ 4 rồi giảm dần, đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật, tổng năng lượng và protein qua các đường nuôi dưỡng lần lượt là 859,9kcal và 39,7g. Giá trị năng lượng khẩu

phần đạt 48,8 - 65,6% và protein đạt 50 - 66,7% so với nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị của ESPEN. Tỷ lệ mức năng lượng từ đường tĩnh mạch ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật chiếm 98,2% so với tổng năng lượng khẩu phần, sau đó giảm dần đến ngày thứ 7 chỉ còn đạt 23%.

**Biểu đồ 1. Mức độ đáp ứng 70% nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị của ESPEN**

Tỷ lệ người bệnh đạt > 70% nhu cầu năng lượng khuyến nghị theo ESPEN có xu hướng tăng dần từ ngày thứ 1 (15,3%) đến ngày thứ 4

sau phẫu thuật (43,6%) sau đó giảm dần. Đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật, chỉ có 35,9% người bệnh đạt > 70% nhu cầu năng lượng khuyến nghị.

Bảng 4. Giá trị vitamin và khoáng chất trong 7 ngày sau phẫu thuật

	Ngày 1 n = 98	Ngày 2 n = 98	Ngày 3 n = 98	Ngày 4 n = 94	Ngày 5 n = 87	Ngày 6 n = 73	Ngày 7 n = 39
Canxi (mg)	121,3 ± 57,4	175,8 ± 129,3	217,2 ± 183,6	230 ± 199,4	231,9 ± 198,6	226,6 ± 199,5	242,3 ± 177,4
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	(0 - 326,7)	(0 - 739,7)	(0 - 942,6)	(0 - 846)	(0 - 842)	(0 - 681,3)	(6 - 707,5)
Phospho (mg)	175,4 ± 89,3	243,6 ± 116,8	288,1 ± 165,3	331,0 ± 212,7	406,3 ± 228,1	461,7 ± 232,3	491,1 ± 256,2
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	(0 - 277,2)	(0 - 724)	(0 - 745,6)	(0 - 893,9)	(0 - 1238,2)	(0 - 999)	(16,3 - 994,4)
Sắt (mg)	0,1 ± 0,2	0,6 ± 1,1	1,3 ± 2,0	2,2 ± 2,4	3,4 ± 2,8	4,2 ± 2,7	4,8 ± 3,4
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	(0 - 2)	(0 - 6,8)	(0 - 9,2)	(0 - 11,3)	(0 - 12)	(0 - 14)	(0 - 13,6)
Kẽm (mg)	0,2 ± 0,6	0,8 ± 1,3	1,5 ± 2,0	2,4 ± 2,4	3,6 ± 2,7	4,4 ± 2,8	4,7 ± 2,9
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	(0 - 2,7)	(0 - 5,8)	(0 - 8,3)	(0 - 10,9)	(0 - 12,3)	(0 - 13,2)	(0 - 11,3)
Vitamin A (µg)	57,1 ± 232,3	383,9 ± 480,2	447,6 ± 507,1	481,6 ± 519,7	457,3 ± 520,1	358,7 ± 456,5	340,1 ± 400,2
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	(0 - 1050)	(0 - 1222,7)	(0 - 1971,1)	(0 - 2101,5)	(0 - 2100,3)	(0 - 1568,3)	(0 - 1313,8)
Vitamin D (µg)	0,3 ± 1,3	2,6 ± 2,8	3,5 ± 4,1	3,9 ± 4,0	3,8 ± 4,3	3,4 ± 4,2	3,3 ± 3,9
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	(0 - 5,5)	(0 - 9,4)	(0 - 26,2)	(0 - 18,8)	(0 - 16,8)	(0 - 16,8)	(0 - 15)
Vitamin E (mg)	0,6 ± 2,3	4,1 ± 4,9	5,0 ± 5,6	5,5 ± 4,4	5,6 ± 6,2	4,6 ± 5,8	4,7 ± 5,6
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	(0 - 10,2)	(0 - 13,8)	(0 - 29,1)	(0 - 20,9)	(0 - 21,9)	(0 - 22,1)	(0 - 22)
Vitamin K (µg)	0,3 ± 1,6	3,2 ± 7,5	9,4 ± 15,5	19,6 ± 26,5	24,8 ± 24,3	27,8 ± 22,2	37,4 ± 21,5
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	(0 - 12)	(0 - 50,6)	(0 - 69,2)	(0 - 121)	(0 - 118,8)	(0 - 92,3)	(0 - 75,9)
Vitamin B1 (mg)	6,3 ± 24,1	17,6 ± 55,5	14,7 ± 49,5	12,3 ± 43,1	9,7 ± 38,3	11,1 ± 38,1	16,7 ± 49,4
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	(0 - 100)	(0 - 203,7)	(0 - 204,1)	(0 - 203,6)	(0 - 203,7)	(0 - 203,7)	(0 - 203,7)
Vitamin C (mg)	6,6 ± 27,6	44,9 ± 58,5	50,4 ± 60,8	55,2 ± 62,7	52,2 ± 62,0	42,0 ± 52,9	38,9 ± 44,5
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	(0 - 125)	(0 - 143)	(0 - 221)	(0 - 256,4)	(0 - 250,2)	(0 - 180,3)	(0 - 154,1)

Trong vòng 7 ngày đầu sau phẫu thuật, vitamin và muối khoáng được cung cấp theo cả đường tĩnh mạch và đường miệng, tuy nhiên hầu hết chưa đạt nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị. Có sự chênh lệch rất lớn giữa các người bệnh và một số người bệnh không được cung cấp vi chất dinh dưỡng trong vòng 7 ngày đầu sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng bằng đường miệng trung bình là $2,2 \pm 1,2$ ngày, sớm nhất vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là sớm hơn khi so sánh với một số nghiên cứu đã thực hiện trong nước. Nghiên cứu của Trịnh Bảo Ngọc (2020) đã ghi nhận thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng trung bình sau phẫu thuật là $6,0 \pm 1,8$ ngày, sớm nhất là ngày thứ 3.⁸ Hay trong một nghiên cứu khác của Nguyễn Văn Thuỷ (2021 - 2022), thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng trung bình là $54,04 \pm 10,32$ giờ sau phẫu thuật.⁹ Sự khác biệt này có thể lý giải do trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết người bệnh được áp dụng phác đồ Chăm sóc phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS), người bệnh được cho ăn uống sớm nhất có thể, cho thấy một tiến bộ đáng kể trong quan điểm điều trị của các phẫu thuật viên. Ngược lại nghiên cứu của Trịnh Bảo Ngọc hay Nguyễn Văn Thuỷ được thực hiện khi phẫu thuật viên vẫn còn tuân theo các quan điểm truyền thống, nơi người bệnh được yêu cầu phải nhịn ăn cho đến khi có dấu hiệu trung tiện rõ ràng, chậm trễ rút ống thông dạ dày cũng như quan ngại sâu sắc về nguy cơ rò rỉ miệng nổi và các biến cố hậu phẫu khác khiến việc trì hoãn nuôi dưỡng đường miệng sau phẫu thuật trở thành một thực hành phổ biến.

Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng bằng đường miệng sau phẫu thuật sớm nhất ở nhóm người bệnh phẫu thuật Trực tràng/Hậu môn, trung bình là $1,6 \pm 0,8$ ngày sau phẫu thuật và muộn nhất là

dạ dày $3,0 \pm 1,4$ ngày sau phẫu thuật. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Có thể lý giải điều này do mối lo ngại của phẫu thuật viên về việc rò rỉ miệng nổi, chỗ mở thông - một biến chứng đáng sợ sau phẫu thuật đường tiêu hoá, trong đó phẫu thuật dạ dày thường có tỷ lệ rò cao nhất, đặc biệt là các phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày, người bệnh phải cắt toàn bộ dạ dày và thực hiện nối thực quản - hồng tràng để đảm bảo lưu thông tiêu hoá, tỷ lệ này lên đến 22,7% trong một nghiên cứu gần đây.¹⁰

Ở nhóm người bệnh được nuôi dưỡng sớm hơn trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật, thời gian có trung tiện trung vị là 22 giờ, sớm hơn so với nhóm người bệnh được nuôi dưỡng muộn hơn (sau 24 giờ hậu phẫu) là 34,5 giờ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự một số nghiên cứu đã được thực hiện trong nước và quốc tế. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thuỷ (2021 - 2022) kết luận thời gian xuất hiện trung tiện của nhóm nuôi ăn sớm ngắn hơn so với nhóm không được nuôi ăn sớm, lần lượt là $52,66 \pm 4,18$ và $78,35 \pm 6,48$ giờ sau phẫu thuật ($p < 0,05$).⁹ Hay một nghiên cứu tổng quan hệ thống lớn của tác giả Federica Canzan (2024) đưa ra bằng chứng về việc nuôi ăn sớm đường miệng giúp rút ngắn thời gian trung tiện 0,7 ngày so với phương pháp truyền thống.¹¹ Có thể thấy việc nuôi dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật là một biện pháp can thiệp có hiệu quả, giúp rút ngắn thời gian phục hồi nhu động ruột.

Năng lượng và protein có xu hướng tăng dần từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 4 rồi giảm dần, đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật, tổng năng lượng và protein qua các đường nuôi dưỡng lần lượt là 859,9kcal và 39,7g. Lý giải cho điều này do những ngày đầu sau phẫu thuật, năng lượng được cung cấp chủ yếu qua đường truyền tĩnh mạch và duy trì ở mức cao (chiếm tới 98,2% tổng năng lượng khẩu phần), sau đó giảm dần cho đến ngày hậu phẫu thứ 7 (23%), trong khi

đó năng lượng cung cấp từ đường tiêu hoá vẫn ở mức thấp và chưa đáp ứng kịp nhu cầu của người bệnh. Người bệnh của chúng tôi được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch bằng dung dịch túi 3 ngăn hoặc túi 2 ngăn (có/không kết hợp với các dịch truyền đơn lẻ khác như acid amin 5 - 10%, lipid 10 - 20%, glucose 10%) ở những ngày đầu, sau đó hầu hết chỉ được cung cấp dung dịch glucose 5 - 10% ở những ngày cuối cùng và được nuôi dưỡng với một mức năng lượng gần như tương tự nhau mà không được cá thể hoá dựa trên cân nặng cụ thể của từng người bệnh. Theo quan sát của chúng tôi, người bệnh được khởi động nuôi dưỡng đường miệng từ rất sớm chủ yếu bằng dung dịch nước cháo, nhưng chế độ ăn này lại được tiếp tục duy trì trong nhiều ngày mặc dù người bệnh hấp thu tốt, có cải thiện về mặt lâm sàng và rất ít người bệnh được bổ sung các sản phẩm dinh dưỡng có năng lượng chuẩn cao (≥ 1 kcal/1ml) trong suốt quá trình điều trị. Dung dịch nước cháo là an toàn và phù hợp để khởi động nuôi dưỡng đường miệng cho người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hoá, nhưng nó lại có mặt hạn chế, lượng chất dinh dưỡng được cung cấp bởi dung dịch nước cháo chỉ đạt khoảng 100 kcal/ngày và gần như không có protein, nếu chế độ ăn này tiếp tục được kéo dài trong nhiều ngày mà không nhanh chóng được chuyển sang chế độ dinh dưỡng có đậm độ năng lượng, protein cao hơn thì sẽ gây thiếu hụt dinh dưỡng trầm trọng. Như vậy có thể thấy, trong những ngày đầu sau phẫu thuật, dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung đóng một vai trò vô cùng quan trọng trong việc đáp ứng nhu cầu khuyến nghị cả về mặt năng lượng và protein khi dinh dưỡng qua đường miệng còn ở mức thấp. Những ngày sau đó, khi dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch được cắt giảm dần, người bệnh được chuyển sang nuôi dưỡng chủ yếu bằng đường tiêu hoá, mặc dù có sự tăng dần về năng lượng nhưng vẫn ở mức thấp và chưa đáp ứng đủ nhu cầu.

Khi so sánh với nghiên cứu của Trịnh Bảo Ngọc (2020), mức năng lượng nuôi dưỡng của chúng tôi thấp hơn nhưng protein lại cao hơn. Cụ thể, theo kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Bảo Ngọc, tổng năng lượng trung bình ngày đầu tiên sau phẫu thuật là 1105kcal (cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là 679,1kcal), đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật là 988,8kcal (cao hơn so với 859,9kcal); protein cung cấp ngày thứ 1 và ngày thứ 7 sau phẫu thuật lần lượt là 30,2g và 29,8g (thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là 42g và 39,7g).⁸ Một nghiên cứu khác của tác giả Hoàng Việt Bách (2024) cũng cho thấy mức năng lượng nuôi dưỡng cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, năng lượng tăng dần từ ngày đầu tiên 682,9kcal lên đến 1370,8kcal vào ngày thứ 4 sau phẫu thuật, sau đó giảm dần đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật còn 1172,5kcal.¹²

Từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật, giá trị năng lượng khẩu phần đạt từ 48,8 - 65,6% so với nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị của ESPEN. Tỷ lệ người bệnh đạt > 70% nhu cầu năng lượng khuyến nghị theo ESPEN có xu hướng tăng dần từ ngày thứ 1 (15,3%) đến ngày thứ 4 sau phẫu thuật (43,6%) sau đó giảm dần. Đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật, chỉ có 35,9% người bệnh đạt > 70% nhu cầu năng lượng khuyến nghị. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước và quốc tế. Một nghiên cứu của Constansia (2022) cho thấy năng lượng nuôi dưỡng trung bình sau phẫu thuật chỉ đạt 38% so với khuyến nghị của ESPEN (25 kcal/kg/ngày), trong đó chỉ có 18% người bệnh đạt đủ nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị.¹³ Hay một nghiên cứu khác của tác giả Đinh Ngọc Diệp (2022) thực hiện tại Bệnh viện Bình Dân cũng ghi nhận tỷ lệ năng lượng khẩu phần đạt từ 45,4 - 64,2% so với nhu cầu khuyến nghị.¹⁴ Có thể lý giải sự khác biệt này do sự không tương đồng về đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu của

tác giả Constansia và Đinh Ngọc Diệp chỉ thực hiện trên đối tượng người bệnh phẫu thuật ung thư đường tiêu hoá, trong khi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả người bệnh ung thư và không phải ung thư. Đối với khẩu phần protein được cung cấp trong vòng 7 ngày đầu sau phẫu thuật, giá trị của chúng tôi chỉ đạt từ 50 - 66,7% so với nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị của ESPEN. Kết quả này cũng cao hơn so với một nghiên cứu khác đã được thực hiện trong nước.¹⁵

Trong vòng 7 ngày đầu sau phẫu thuật khẩu phần vitamin và muối khoáng vẫn ở mức rất thấp và hầu hết chưa đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị của Viện dinh dưỡng Quốc gia. Ở đối tượng được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong những ngày đầu sau phẫu thuật, chỉ có một số rất ít trường hợp được bổ sung chế phẩm vitamin tổng hợp như Cernevit. Tính đa dạng của các nhóm thực phẩm trong chế độ ăn của người bệnh chưa cao, những ngày đầu người bệnh được nuôi dưỡng chủ yếu bằng dung dịch nước cháo, sau đó được chuyển dần sang chế độ ăn mềm lỏng với nhưng với số lượng rất hạn chế, hầu hết là cháo và rất ít trường hợp người bệnh bổ sung thêm các sản phẩm dinh dưỡng khác. Do đó, có thể thấy mặc dù người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi được bổ sung vitamin và muối khoáng theo cả đường tĩnh mạch và đường tiêu hoá từ giai đoạn rất sớm, thế nhưng giá trị khẩu phần ở mức rất thấp, chưa đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị và có sự chênh lệch rất lớn giữa từng người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy nuôi dưỡng sớm bằng đường miệng sau phẫu thuật giúp rút ngắn thời gian trung tiện. Tuy nhiên, mặc dù người bệnh được khởi động nuôi dưỡng đường miệng từ sớm nhưng chế độ dinh dưỡng lại chưa đáp ứng đủ nhu cầu. Tỷ lệ người bệnh đạt > 70%

nhu cầu năng lượng và protein theo khuyến nghị của ESPEN ở mức rất thấp. Ngoài ra lượng vitamin và chất khoáng đều thiếu so với nhu cầu và có sự chênh lệch rất lớn giữa các người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carli F, Gillis C. Surgical patients and the risk of malnutrition: preoperative screening requires assessment and optimization. *Can J Anesth/J Can Anesth*. 2021; 68(5): 606-610. doi:10.1007/s12630-021-01932-4.
2. Skeie E, Tangvik RJ, Nymo LS, Harthug S, Lassen K, Viste A. Weight loss and BMI criteria in GLIM's definition of malnutrition is associated with postoperative complications following abdominal resections - Results from a National Quality Registry. *Clinical Nutrition*. 2020; 39(5): 1593-1599. doi:10.1016/j.clnu.2019.07.003.
3. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clinical Nutrition*. 2017; 36(4):958-967. doi:10.1016/j.clnu.2016.06.025.
4. Seo JM, Joshi R, Chaudhary A, et al. A multinational observational study of clinical nutrition practice in patients undergoing major gastrointestinal surgery: The Nutrition Insights Day. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2021; 41: 254-260. doi:10.1016/j.clnesp.2020.11.029.
5. Nguyễn Thị Hồng Nguyên, Trần Trúc Linh, Phan Ngọc Thuỷ, Nguyễn Thị Mai Duyên, Võ Hồ Khánh Uyên. Tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân phẫu thuật tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Nghiên cứu Khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô*. 2023; 17: 286-300.
6. Stratton RJ, Elia M. Who benefits from nutritional support: what is the evidence? *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2007; 19(5): 353. doi:10.1097/MEG.0b013e32801055c0.

7. Wischmeyer PE, Carli F, Evans DC, et al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on Nutrition Screening and Therapy Within a Surgical Enhanced Recovery Pathway. *Anesthesia & Analgesia*. 2018; 126(6): 1883. doi:10.1213/ANE.0000000000002743.

8. Trịnh Bảo Ngọc, Nguyễn Thị Thu Liễu, Lê Thị Quỳnh Trang. Thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Khoa ngoại Bệnh viện E năm 2020. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 2021; 144(8): 293-299. doi:10.52852/tcncyh.v144i8.406.

9. Nguyễn Văn Thủy, Phạm Thị Thu Hà, Đinh Văn Chiến. Đánh giá kết quả nuôi ăn sớm đường tiêu hóa sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 530(1B): 75-78. doi:10.51298/vmj.v530i1B.6678.

10. Ande K, Kumar NB, Ramyasri M. Evaluation of Anastomotic Leak Rates and Contributing Factors Following Gastrointestinal Anastomosis. *Journal of Contemporary Clinical Practice*. 2024; 10: 197-202. doi:10.61336/jccp/24-01.

11. Canzan F, Longhini J, Caliaro A, et al. The effect of early oral postoperative feeding on the recovery of intestinal motility after gastrointestinal surgery: a systematic review

and meta-analysis of randomized clinical trials. *Front Nutr*. 2024; 11: 1369141. doi:10.3389/fnut.2024.1369141.

12. Hoàng Việt Bách, Trần Thị Thủy, Nguyễn Lê Tuấn Anh, Nguyễn Thị Dung, Phạm Văn Bình, Lê Thị Hương. Chế độ dinh dưỡng 7 ngày hậu phẫu trên người bệnh ung thư tiêu hóa Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025; 66(CĐ7-HNKH Bệnh viện K): 177-182. doi:10.52163/yhc.v66iCD7.2410.

13. Constansia RDN, Hentzen JEKR, Hogenbirk RNM, et al. Actual postoperative protein and calorie intake in patients undergoing major open abdominal cancer surgery: A prospective, observational cohort study. *Nutr Clin Pract*. 2022; 37(1): 183-191. doi:10.1002/ncp.10678.

14. Đinh Ngọc Diệp, Phạm Trần Thiên Nhân, Nguyễn Lê Quỳnh Như, Đỗ Minh Long, Cao Thị Cộng Hiệp. Chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 549: 264-271.

15. Hoàng Việt Bách, Nguyễn Thị Thảo, Nguyễn Thị Hồng Tiến, et al. Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh ung thư đại trực tràng trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2018 - 2019. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 2020; 129(5): 82-90.

Summary

NUTRITION STATUS OF PATIENTS POST GASTROINTESTINAL SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2024 - 2025

A cross-sectional descriptive study was conducted on 98 patients who underwent elective gastrointestinal surgery at Hanoi Medical University Hospital in 2024 - 2025. The primary objective was to characterize the status of post-operative nutritional support. The study cohort consisted of 60.2% males and 39.8% females. The mean time to initiation of oral nutrition was post-operative day 2.2 ± 1.2 , with the earliest commencement recorded at first day after surgery. The median time to first flatus in the group that commenced oral feeding within the first 24 hours post-operatively was 22 hours (significantly earlier than the group receiving nutrition after 24 hours post-op, at 34.5 hours, $p < 0.05$). The energy provision only achieved 48.8 - 65.6% and protein provision reached 50 - 66.7% of the recommended requirements. Furthermore, vitamin and mineral intake was also insufficient compared to the needs. The findings indicate that even though the patients initiated enteral nutrition earlier, the nutritional regimen remained suboptimal and did not fully satisfy the recommended requirements.

Keywords: Gastrointestinal surgery, Post-operative nutrition, Oral feeding, Hanoi Medical University Hospital, 2024 - 2025.