

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Thị Hồng Nguyên*, Trần Trúc Linh,
Phan Ngọc Thuỷ, Nguyễn Thị Mai Duyên và Võ Hồ Khánh Uyên
Trường Đại học Tây Đô
(*Email: hongnguyendhtd@gmail.com)

Ngày nhận: 16/12/2022

Ngày phản biện: 26/02/2023

Ngày duyệt đăng: 20/4/2023

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của bệnh nhân theo phương pháp Body Mass Index (BMI) và Subjective Global Assessment (SGA); đồng thời khảo sát chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân 5 ngày sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhân từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2022. Kết quả cho thấy, trước phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng theo BMI là 29,5%; theo SGA 40% (SGA - B 35,2%, có 4,8% SGA - C); albumin máu ($<35\text{g/L}$) là 29,5%, Protein ($<60\text{ g/L}$) là 15,2%, Hồng cầu giảm là 21,9%; Hemoglobin giảm là 63,8%. Sau phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng (SDD) theo BMI 35,2%, theo SGA là 80%. Ngày thứ nhất sau phẫu thuật tổng năng lượng đạt giá trị thấp nhất $920,79 \pm 295,38\text{ Kcal}$; ngày thứ 5 năng lượng trung bình cao nhất $1293,81 \pm 482,05\text{ Kcal}$. Giá trị năng lượng thực tế thấp hơn nhiều so với nhu cầu khuyến nghị. Cần tăng cường công tác tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân trước phẫu thuật giúp hiểu được tầm quan trọng để có chế độ dinh dưỡng phù hợp của dinh dưỡng với bệnh phân có phẫu thuật để ngăn ngừa các biến chứng do suy dinh dưỡng gây nên.

Từ khóa: Bệnh nhân phẫu thuật, BMI, dinh dưỡng, SGA

Trích dẫn: Nguyễn Thị Hồng Nguyên, Trần Trúc Linh, Phan Ngọc Thuỷ, Nguyễn Thị Mai Duyên và Võ Hồ Khánh Uyên, 2023. 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. 17: 286-300.

*Ths. Nguyễn Thị Hồng Nguyên – Phó Trưởng BM. Điều dưỡng, Khoa Dược – Điều dưỡng, Trường Đại học Tây Đô

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng rất cần thiết với bệnh nhân đặc biệt là bệnh nhân phẫu thuật thì dinh dưỡng càng đóng vai trò quan trọng. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nằm viện có vấn đề về dinh dưỡng (nghi ngờ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng nặng) chiếm tỷ lệ từ 20-50% (Waitzberg et al., 2001; Wyszynski et al., 2003). Theo nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương và cs. (2011), tỷ lệ SDD ở bệnh nhân phẫu thuật là 51,3%. Nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mất cân không mong muốn trên 10% trong thời gian 6 tháng trước thời điểm nhập viện là 29,2%, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn tại thời điểm nhập viện là 33,9%, tỷ lệ SDD theo đánh giá SGA là 46% (Chu Thị Tuyết, 2015). Một nghiên cứu khác cho rằng tình trạng SDD dựa theo BMI là 25%, tỷ lệ SDD theo đánh giá SGA là 76,6% (Nguyễn Duy Hiếu, 2016). Vào năm 2020, một nghiên cứu nhận định tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng giảm cân trước mổ là 82,7%, tỷ lệ SDD đánh giá theo phương pháp SGA là 54,1%, cân nặng khi ra viện thấp hơn trước phẫu thuật, BMI trước phẫu thuật là 20,55 khi ra viện BMI chỉ còn 19,45 (Bùi Thị Duyên và Nguyễn Quang Dũng, 2020). Với mong muốn tìm hiểu về vấn đề này để nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị và hạn chế các biến chứng, giảm chi phí y tế cũng như thời gian nằm viện cho bệnh nhân liên quan đến dinh dưỡng, đề tài được thực hiện nhằm mục tiêu:

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật đường

tiêu hóa tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022.

- Mô tả chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân 5 ngày sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022, thỏa điều kiện:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có phẫu thuật đường tiêu hóa và có mặt trong thời điểm tiến hành nghiên cứu.

- Bệnh nhân nằm viện sau mổ ≥ 5 ngày, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân không phẫu thuật cấp cứu.

- Bệnh nhân không mắc bệnh rối loạn chuyển hoá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành theo thiết kế mô tả cắt ngang từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2022.

Cỡ mẫu: chọn tất cả đối tượng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu để tiến hành nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: khi tiến hành lấy mẫu, bắt đầu khảo sát các đối tượng thỏa điều kiện trước khi phẫu thuật 1 ngày, các số liệu về dinh dưỡng được ghi nhận mỗi ngày cho đến ngày thứ 5;

nếu các đối tượng theo dõi xuất viện hoặc chuyển viện sớm hơn thì xem như không chọn, tiến hành khảo sát các đối tượng còn lại và chọn được 105 mẫu, nội dung nghiên cứu bao gồm:

- Các đặc điểm về đối tượng nghiên cứu gồm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, bệnh lý kèm theo, vị trí phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, cận lâm sàng trước phẫu thuật.

- Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật theo BMI, SGA được đánh giá như sau:

Chỉ số khối cơ thể trước/sau phẫu thuật, được đánh giá theo phân loại theo WHO:

- + SDD BMI <18,49
- + Bình thường BMI 18,50-24,99
- + Thừa cân/béo phì BMI $\geq$ 25,00

- Tình trạng dinh dưỡng theo SGA trước/sau phẫu thuật: đánh giá qua các dấu hiệu sụt cân 3-6 tháng, thay đổi chế độ ăn, triệu chứng dạ dày ruột, chức năng của cơ thể, stress, dấu hiệu thực thể. Tính toán và kết luận theo thang điểm:

- + Bình thường = SGA - A (9-12 điểm)
- + SDD trung bình = SGA - B (4-8 điểm)
- + SDD nặng = SGA - C (0-3 điểm)

- Chế độ dinh dưỡng sau phẫu thuật được xác định gồm đường nuôi dưỡng, thời gian bắt đầu nuôi dưỡng, năng lượng cung cấp mỗi ngày gồm:

- + Thời gian nuôi tĩnh mạch được xác định từ ngày đầu tiên bắt đầu sau phẫu thuật đến hết ngày thứ 5 sau phẫu thuật.

- + Thời gian ăn qua sonde được xác định là ngày đầu tiên bắt đầu đến hết ngày thứ 5 sau phẫu thuật.

- + Thời gian ăn đường miệng được xác định là ngày đầu tiên đầu ăn đường miệng sau phẫu thuật đến hết ngày thứ 5 sau phẫu thuật.

- + Chế độ nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch được xác định bằng phương pháp ghi chép từ hồ sơ bệnh án như tên, thành phần, số lượng dịch truyền bệnh nhân sử dụng trong 5 ngày sau phẫu thuật. Tính toán tổng giá trị dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch từng ngày sau phẫu thuật dựa vào năng lượng từng loại dịch truyền theo chỉ số năng lượng mà nhà sản xuất công bố trên bao bì sản phẩm.

- + Chế độ nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá bằng xác định khẩu phần và thực phẩm sử dụng trong 24 giờ của bệnh nhân 5 ngày sau phẫu thuật được thu thập bằng cách hỏi ghi chi tiết tên, loại thức ăn, số lượng, thành phần thức ăn kể cả các loại nước mà bệnh nhân tiêu thụ trong từng ngày. Tính toán giá trị dinh dưỡng của khẩu phần dựa trên các số liệu bảng thành phần thực phẩm Việt Nam (Bộ Y tế, 2007).

2.3. Phương pháp kiểm soát sai số

- Câu hỏi đơn giản, dễ hiểu, dùng các từ thông dụng, giải thích nội dung bộ câu hỏi và hướng dẫn các đối tượng trả lời; thống nhất kỹ thuật thu thập số liệu nhân

trắc, kỹ thuật cân đo chính xác, dụng cụ cân, đo được sử dụng như nhau trên toàn bộ đối tượng, thống nhất cách hỏi ghi khẩu phần. Không phỏng vấn lúc bệnh nhân đang mệt và đảm bảo thông tin bí mật cho các đối tượng.

- Bộ câu hỏi được sử dụng điều tra thử ở 10 đối tượng tương tự sau đó chỉnh sửa cho phù hợp mới đưa vào nghiên cứu chính thức.

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Dữ liệu được nhập, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tần số (n), tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

3. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

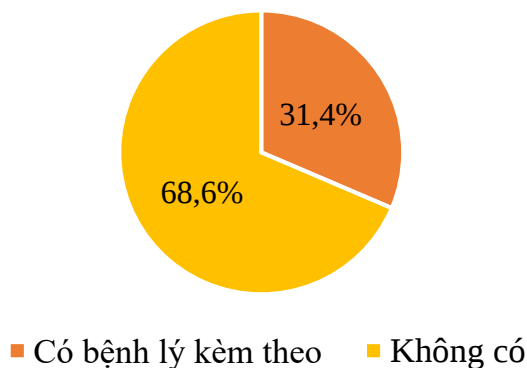
3.1. Đặc điểm chung

Qua Bảng 1, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59,5 chênh lệch so với một

số nghiên cứu khác. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của Trương Thị Thư và cs. (2018) trên bệnh nhân phẫu thuật dạ dày là 51,1. Về giới tính của các đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 56,2% và 48,3% gần giống với nghiên cứu của Đoàn Duy Tân và cs. (2021) trên bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng với kết quả là 56,9% nam và 43,1% nữ.

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân phẫu thuật có bệnh lý kèm theo (Hình 1) chiếm tỷ lệ 31,4%. Các bệnh lý kèm theo cũng ảnh hưởng nhất định đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân và có sự ảnh hưởng đến quá trình điều trị chung.

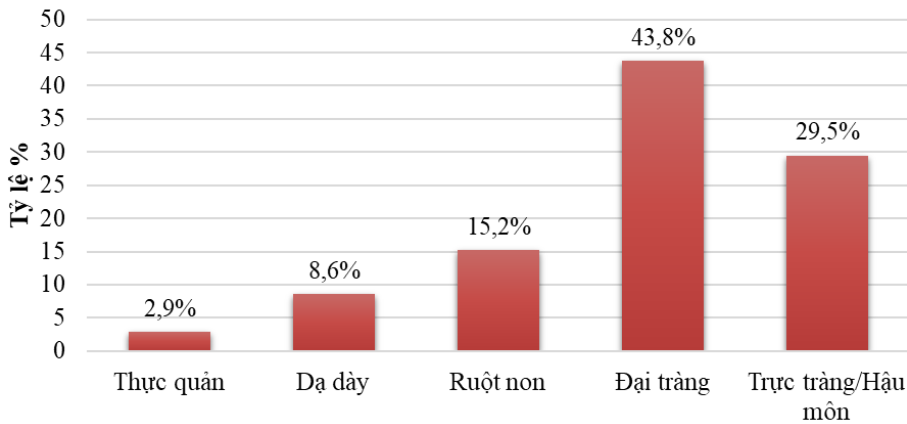
Kết quả trình bày ở Hình 2 cho thấy bệnh nhân phẫu thuật đại tràng chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 43,8%, kế đến là phẫu thuật trực tràng/hậu môn chiếm 29,5%.



Hình 1. Bệnh lý kèm theo

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Tuổi trung bình	59,5 ± 14,001	
	18 – 30	2	1,9
	31 – 60	47	44,8
	> 60	56	53,3
Giới tính	Nam	59	56,2
	Nữ	46	43,8
Trình độ học vấn	≤ Cấp 1	24	22,9
	Cấp 2	50	47,6
	Cấp 3	23	21,9
	≥ ĐH, CĐ, TC	8	7,6
Dân tộc	Kinh	98	93,3
	Hoa	5	4,8
	Khome	2	1,9
	Khác	0	0
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức	13	12,4
	Nông dân	36	34,3
	Công nhân	16	15,2
	Nội trợ	14	13,3
	Hết tuổi lao động	20	19,1
	Khác	6	5,7
Nơi ở	Thành thị	41	39
	Nông thôn	64	61



Hình 2. Vị trí phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

Về đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân có albumin máu giảm <35 g/L là 29,5% (Bảng 2). Nghiên cứu của Nguyễn Duy Hiếu (2016) cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân có albumin <35 g/L là 44%; còn đối với nghiên cứu của Ngô Thị Linh (2017) chỉ có 8,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Hà Thanh Uyên (2017) cho kết quả 24,5% bệnh nhân, có SDD theo albumin, trong đó 18,9% SDD nhẹ - trung bình, 5,6% bệnh nhân SDD nặng.

Bệnh nhân có protein toàn phần máu giảm chiếm 15,2%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn và cs. (2013) tương ứng 8,4%, đồng thời cao

hơn nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương và Nguyễn Thuỳ Linh (2016) với tỷ lệ bệnh nhân giảm protein toàn phần là 2,56%.

Bệnh nhân có số lượng hồng cầu giảm trước phẫu thuật là 21,9%, tỷ lệ này tuy không cao nhưng cũng đáng lo ngại. Qua khảo sát tình trạng thiếu máu của bệnh nhân trước phẫu thuật theo nồng độ hemoglobin, có 63,8% bệnh nhân có thiếu máu dinh dưỡng trước phẫu thuật. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với kết quả của tác giả Nguyễn Duy Hiếu (2016) là 36,3% trong đó tỷ lệ thiếu máu vừa đến nặng là 11,3%, thiếu máu nhẹ 25%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Albumin máu	Giảm	31	29,5
	Bình thường	72	68,6
	Tăng	2	1,9
Protein máu	Giảm	16	15,2
	Bình thường	86	81,9
	Tăng	3	2,9
Số lượng hồng cầu	Giảm	23	21,9
	Bình thường	80	76,2
	Tăng	2	1,9
Hemoglobin	Giảm	67	63,8
	Bình thường	38	35,2
	Tăng	0	0

Tầm soát nguy cơ dinh dưỡng của bệnh nhân (Bảng 3), 59% đối tượng nghiên cứu có giảm cân so với trước khi có triệu chứng bệnh. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của Chu Thị Tuyết (2015), hầu hết bệnh nhân có tình trạng giảm cân trước khi phẫu thuật 6 tháng chiếm tỷ lệ 81,5%. Đồng thời kết quả cũng thấp hơn kết quả

nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Hiếu (2016), tình trạng giảm cân trước phẫu thuật so với trước khi phát hiện bệnh là 76,6% trong đó giảm trên 10% cân nặng chiếm 17,7%. Đối với tác giả Nguyễn Anh Thư và cs. (2018) thì tình trạng giảm cân trước phẫu thuật là 85%.

Bảng 3. Cân nặng của đối tượng trước phẫu thuật so với trước khi có triệu chứng bệnh

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thay đổi cân nặng	Bình thường	36	34,3
	Giảm	62	59
	Tăng	2	1,9
	Không nhớ	5	4,8

Qua khảo sát cho thấy có 29,5% bệnh nhân SDD trong đó SDD nhẹ chiếm 15,2%, bệnh nhân SDD vừa là 7,6% và 6,7% SDD nặng. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương và Nguyễn Thuỳ Linh (2016) cho thấy SDD theo BMI là 51,28%, còn đối với Đoàn Duy Tân và cs. (2021) thì có 13,1% bệnh nhân SDD trong đó 6,1% SDD nhẹ, 3,9% SDD trung bình, 3,1% SDD nặng. Bên cạnh đó, kết quả của chúng tôi lại thấp hơn kết quả của Chu Thị Tuyết và cs. (2013) nghiên cứu có 33,87% bệnh nhân SDD theo BMI gồm 20,97% SDD nhẹ, 4,84% SDD trung bình và SDD nặng là 8,06%. Một nghiên cứu khác năm 2018 cho rằng tỷ lệ bệnh nhân SDD là 44,6%, SDD nhẹ chiếm 25%, bệnh nhân SDD

vừa là 14,2% và 5,4% bệnh nhân SDD nặng (Trương Thị Thư và cs., 2018).

Sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân SDD theo BMI tăng lên 35,2%, SDD nhẹ chiếm 17,1%, 7,6% bệnh nhân SDD vừa, 10,5% bệnh nhân SDD nặng, thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Kantundu et al., (2018) với 52% bệnh nhân SDD vừa, 28% SDD nặng, nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương và Nguyễn Thuỳ Linh (2016) cho thấy SDD sau phẫu thuật theo BMI là 51,28%. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cao hơn so với Hoàng Thị Lệ và Ngô Thị Yên (2021) tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam với tỷ lệ SDD theo BMI chỉ chiếm 23,5%.

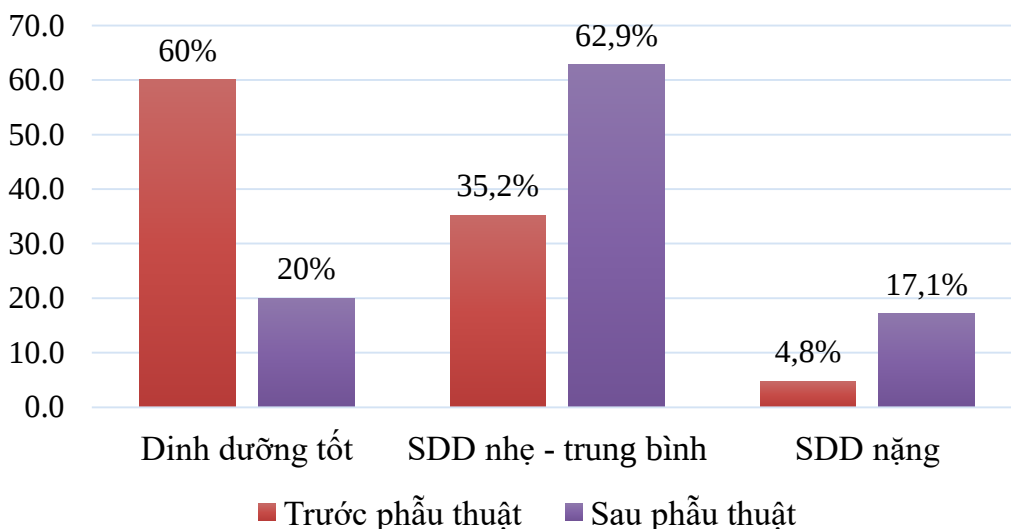
Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu theo BMI

Đặc điểm chung		Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
BMI	SDD nặng	7	6,7	11	10,5
	SDD vừa	8	7,6	8	7,6
	SDD nhẹ	16	15,2	18	17,1
	Bình thường	71	67,6	67	62,9
	Thừa cân/Béo phì	3	2,9	2	1,9

Phương pháp SGA là phương pháp thuận tiện, dễ dàng đánh giá dinh dưỡng, được nhiều nước trên thế giới sử dụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân SDD nhẹ - trung bình trước phẫu thuật là 35,2%, có 4,8% bệnh nhân SDD nặng. Một số nghiên cứu trong nước cho kết quả khác như Trịnh Hồng Sơn và cs. (2013) phát hiện 44% bệnh nhân SDD nhẹ - trung bình và 4% SDD nặng, tỷ lệ này lần lượt là 39,52% và 6,45% theo Chu Thị Tuyết và cs. (2013), đánh giá trên bệnh nhân phẫu thuật dạ dày kết quả SDD nhẹ chiếm 57,2%, 32,1% bệnh nhân SDD nặng (Trương Thị Thư và cs., 2018), bệnh nhân SDD nhẹ - trung bình là 38,3%, SDD nặng chiếm 5,3% là kết quả của nghiên cứu trên bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng của Nguyễn

Hà Thanh Uyên (2018). Một vài nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được đánh giá SGA - B là 25,24%, SGA - C là 60,19% (Nguyễn Văn Trang và cs., 2021), còn đối với Đoàn Duy Tân và cs. (2021) kết quả đánh giá bệnh nhân SGA - A là 47,7%, SGA - B 35,4% và SGA - C 16,9%.

Sau phẫu thuật tỷ lệ SDD là 62,9% SDD nhẹ - trung bình, bệnh nhân SDD nặng chiếm 17,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá cao và rất đáng báo động. Còn đối với nghiên cứu được thực hiện năm 2021 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam của Hoàng Thị Lệ và Ngô Thị Yên cho kết quả bệnh nhân SDD theo SGA là 29,9%, trong đó SDD nhẹ chiếm 29,2%, SDD nặng chỉ chiếm 0,7%.



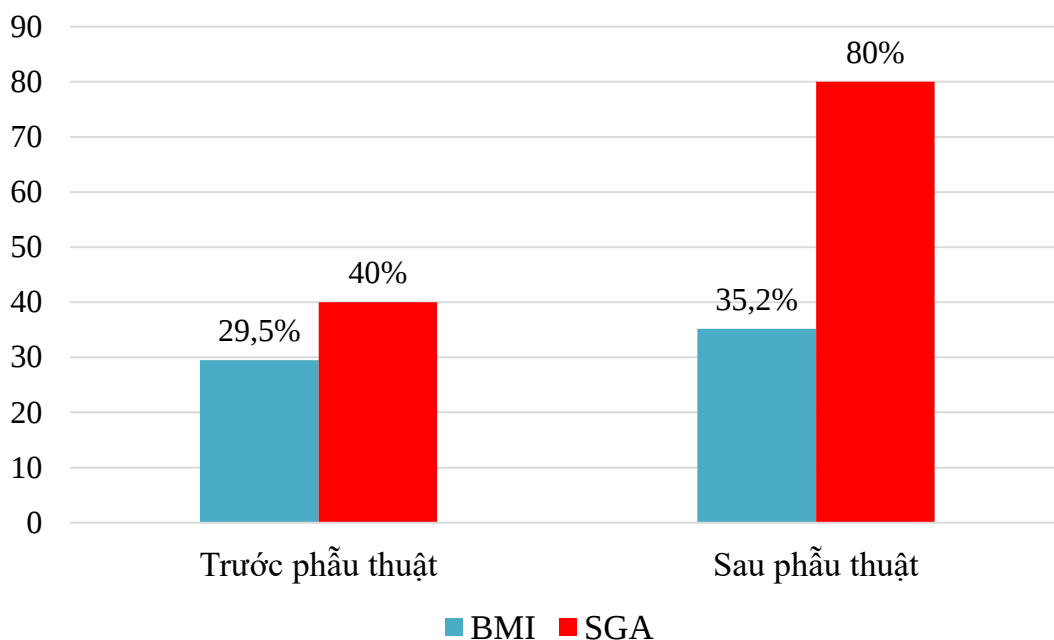
Hình 3. Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật theo SGA

Hình 4 cho thấy việc đánh giá dinh dưỡng bằng các công cụ khác nhau sẽ cho kết quả khác nhau. Kết quả cho thấy,

trước phẫu thuật có 29,5% bệnh nhân SDD theo BMI và 40% bệnh nhân được đánh giá SDD theo SGA. Sau phẫu thuật,

có 35,2% bệnh nhân được đánh giá SDD theo BMI và có 80% bệnh nhân được đánh giá SDD theo SGA. Có thể thấy đánh giá dinh dưỡng bằng công cụ SGA có khả năng phát hiện SDD cao hơn BMI. Tuy vậy mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng, tùy vào mục đích sử dụng mà có thể lựa chọn công cụ thích hợp. Nhận thấy công cụ BMI chỉ dựa vào cân nặng và chiều cao, đơn giản, dễ dàng và nhanh chóng thích hợp đối với tầm

soát dinh dưỡng bệnh nhân khi nhập viện. Tuy nhiên công cụ BMI lại không đánh giá được những thay đổi nhỏ trong thời gian ngắn. Còn nếu đánh giá tình trạng dinh dưỡng toàn diện, độ nhạy và độ đặc hiệu cao hỗ trợ tiên lượng SDD thì nên sử dụng công cụ SGA. Ngoài ra SGA là một công cụ đơn giản và rẻ tiền để xác định tình trạng SDD tiến triển về mặt lâm sàng ở bệnh nhân phẫu thuật.



Hình 4. So sánh tình trạng dinh dưỡng đánh giá theo BMI và SGA

3.3. Chế độ nuôi dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đều được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch vào ngày thứ nhất sau phẫu thuật, nuôi dưỡng đường miệng bắt đầu sớm nhất vào ngày thứ nhất và trễ nhất vào ngày thứ năm với trung bình là

ngày thứ 2,84. Thời gian bắt đầu nuôi qua sonde trung bình là 1,13. Kết quả của Nguyễn Duy Hiếu (2016) cũng cho thấy tất cả các bệnh nhân đều được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch ngay ngày đầu tiên sau phẫu thuật tuy nhiên thời gian bắt đầu nuôi dưỡng qua sonde và đường miệng trung bình vào ngày thứ 5,6, đối với nuôi

qua đường miệng bắt đầu sớm nhất là vào ngày thứ 2 muộn nhất vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật. Một nghiên cứu của Lê Thị Thành và cs. (2020) cho biết thời gian bắt đầu nuôi qua sonde là ngày thứ 3,5, đường miệng là ngày 3,8. Trịnh Bảo Ngọc và cs. (2021) cũng cho thấy nuôi dưỡng đường tĩnh mạch được áp dụng vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật, tuy nhiên tác giả cho thấy nuôi dưỡng đường miệng bắt đầu sớm nhất vào ngày thứ 3 và trễ nhất vào ngày thứ 9 với trung bình là ngày thứ $6 \pm 1,8$.

Trong 5 ngày nghiên cứu về thời gian nuôi dưỡng, phương pháp nuôi dưỡng tĩnh mạch thời gian nuôi dưỡng trung bình là 4,1 ngày, qua sonde là 2,5 ngày, còn đường miệng là 3,15 ngày. Thời gian nuôi tĩnh mạch và miệng ít nhất là 1 ngày, nhiều nhất là 5 ngày. Đối với nuôi qua

sonde, thời gian nuôi ít nhất là 2 ngày, nhiều nhất là 4 ngày. Nhìn chung, phương pháp nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch được ưu tiên chọn lựa và bắt đầu ngay ngày đầu sau phẫu thuật và thời gian nuôi trung bình nhiều nhất. Nguyễn Văn Hiếu (2017) đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng sớm đường tiêu hoá sau phẫu thuật ung thư trực tràng cho thấy thời điểm nuôi dưỡng đường tiêu hoá càng sớm khả năng dung nạp càng cao, tỷ lệ dung nạp đến 83,3% và mang lại hiệu quả như rút ngắn thời gian trung tiện (2,4 ngày), đạt hiệu quả kinh tế hơn so với nuôi tĩnh mạch.

Thời gian nuôi dưỡng trung bình qua đường miệng đối với phẫu thuật dạ dày có thời gian ít nhất 2,89 ngày trong khi đó bệnh nhân phẫu thuật thực quản có thời gian nuôi đường miệng dài nhất, trung bình là 3,33 ngày (Bảng 6).

Bảng 5. Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng và thời gian nuôi dưỡng trung bình

Đường nuôi dưỡng	Thời gian bắt đầu (Ngày thứ)		Thời gian trung bình (Số ngày)	
	Trung bình $\pm$ SD	Min - Max	Trung bình $\pm$ SD	Min - Max
Tĩnh mạch	1	1 - 1	$4,1 \pm 1,2$	1 - 5
Sonde	$1,13 \pm 0,354$	1 - 2	$2,5 \pm 0,7$	2 - 4
Miệng	$2,84 \pm 0,952$	1 - 5	$3,1 \pm 0,9$	1 - 5

Bảng 6. Thời gian nuôi dưỡng trung bình qua đường miệng theo từng loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Thời gian trung bình (Ngày)	
	Trung bình $\pm$ SD	Min - Max
Thực quản	$3,33 \pm 1,52$	2 - 5
Dạ dày	$2,89 \pm 0,78$	2 - 4
Ruột non	$2,94 \pm 0,77$	2 - 4
Đại tràng	$3,17 \pm 1,03$	1 - 5
Trực tràng/Hậu môn	$3,29 \pm 0,97$	1 - 5

Hầu hết các bệnh nhân đều được nuôi dưỡng kết hợp tĩnh mạch và miệng 92,4%, trong đó tất cả bệnh nhân phẫu thuật trực tràng/hậu môn được nuôi dưỡng kết hợp tĩnh mạch và miệng. Có 7,6% bệnh nhân được nuôi dưỡng kết hợp cả đường tĩnh mạch, miệng và sonde dạ dày chủ yếu ở nhóm phẫu thuật dạ dày và ruột non. Kết quả nghiên cứu khác cũng cho kết quả hầu hết các bệnh nhân được nuôi dưỡng kết hợp tĩnh mạch và miệng, tương ứng 72% bệnh nhân; 8,8% bệnh nhân nuôi dưỡng kết hợp cả đường tĩnh mạch, miệng và sonde dạ dày trong đó

phẫu thuật dạ dày là nhiều nhất với bệnh nhân (Lê Thị Thành và cs., 2020). Nghiên cứu của Trịnh Bảo Ngọc và cs. (2021) theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật 7 ngày, bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng phương pháp phối hợp tĩnh mạch và đường miệng có tỷ lệ 68,4%. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch, trong khi bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch là 22,8% trong đó nhóm phẫu thuật dạ dày chiếm 50%.

Bảng 7. Các phương pháp nuôi dưỡng bệnh nhân trong 5 ngày theo vị trí phẫu thuật

Phương pháp nuôi dưỡng	Thực quản	Dạ dày	Ruột non	Đại tràng	Trực tràng/Hậu môn	Chung
Chỉ nuôi tĩnh mạch	0	0	0	0	0	0
Tĩnh mạch + Sonde	0	0	0	0	0	0
Tĩnh mạch + Miệng	2	6	13	45	31	97
Tĩnh mạch + Miệng + Sonde	1	3	3	1	0	8

Giá trị dinh dưỡng trên bệnh nhân được ghi nhận qua tất cả các đường nuôi dưỡng bao gồm đường tĩnh mạch, đường sonde, đường miệng được ghi nhận qua từng ngày bắt đầu từ ngày thứ nhất sau phẫu thuật đến ngày thứ 5 (Bảng 8). Trong đó, giá trị dinh dưỡng trung bình qua đường tĩnh mạch cao nhất vào ngày thứ 2 là 904,7 Kcal thấp nhất vào ngày

thứ 5 với 481,09 Kcal. Nhìn chung giá trị dinh dưỡng qua đường miệng có xu hướng tăng từ ngày đầu đến ngày thứ 5 sau phẫu thuật. Năng lượng qua đường miệng trung bình chỉ 16,71 Kcal vào ngày thứ nhất sau phẫu thuật và trung bình là 812,72 Kcal vào ngày thứ 5. Năng lượng chung cao nhất vào ngày thứ 5 với 1293,81 Kcal.

Bảng 8. Giá trị dinh dưỡng trong 5 ngày sau phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

Ngày	Năng lượng TM	Năng lượng đường tiêu hoá		Năng lượng chung
		Qua sonde	Đường miệng	
Ngày 1	880,52 ± 256,27	23,56 ± 93,53	16,71 ± 56,60	920,79 ± 295,38
Ngày 2	904,70 ± 285,66	25,64 ± 91,28	277,93 ± 1783,72	1208,26 ± 1796,72
Ngày 3	800,84 ± 438,33	12,56 ± 64,83	287,83 ± 287,86	1101,22 ± 375,68
Ngày 4	610,90 ± 511,89	1,90 ± 19,52	531,07 ± 339,36	1143,87 ± 499,90
Ngày 5	481,09 ± 440,84	0	812,72 ± 352,12	1293,81 ± 482,05

Kết quả từ Bảng 9 cho thấy ngày thứ nhất giá trị năng lượng thực tế thấp nhất với 17,52 Kcal/kg/ngày vào ngày thứ 5 năng lượng thực tế có giá trị cao nhất là 24,62 Kcal/kg/ngày nhưng vẫn thấp hơn nhiều so với khuyến nghị của Bộ Y tế trung bình từ 35-40 Kcal/kg/ngày. Kết quả của chúng tôi gần giống với Nguyễn Duy Hiếu 2016), vào ngày thứ nhất sau

phẫu thuật giá trị năng lượng thực tế thấp nhất đạt 14,2 Kcal/kg/ngày, tuy nhiên tác giả cho thấy năng lượng thực tế ngày thứ 2 đạt giá trị cao nhất là 19,1 Kcal/kg/ngày, vào ngày thứ 5 năng lượng thực tế là 18 Kcal/kg/ngày. Tóm lại giá trị năng lượng thực tế của bệnh nhân sau phẫu thuật thấp hơn rất nhiều so với khuyến cáo của Bộ Y tế.

Bảng 9. Giá trị năng lượng 5 ngày sau phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu so với nhu cầu khuyến cáo

Năng lượng (Kcal/kg/ngày)	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4	Ngày 5
Năng lượng thực tế	17,52	19,71	20,96	21,77	24,62
Nhu cầu khuyến cáo			35-40		

4. THẢO LUẬN

Trước phẫu thuật phần lớn bệnh nhân có nguy cơ SDD cao, bệnh nhân giảm cân trước phẫu thuật so với trước khi phát hiện bệnh. Theo BMI SDD nhẹ chiếm 15,2%, bệnh nhân SDD vừa là 7,6% và 6,7% SDD nặng. Theo đánh giá SGA có 60% bệnh nhân SGA - A, SGA - B là 35,2%, có 4,8% SGA - C. Về đặc điểm cận lâm sàng, bệnh nhân có albumin máu

giảm là 29,5%, có 63,8% bệnh nhân có thiếu máu dinh dưỡng trước phẫu thuật.

Sau phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân SDD tăng lên so với trước phẫu thuật theo cả hai phương pháp BMI và SGA. SDD sau phẫu thuật theo BMI chiếm 35,2%, SDD nhẹ chiếm 17,1%, 7,6% bệnh nhân SDD vừa, 10,5% bệnh nhân SDD nặng. Nhưng có 80% bệnh nhân được đánh giá SDD

theo SGA, SGA - B chiếm 62,9%, SGA - C là 17,1%.

Chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật chưa đáp ứng, thấp hơn nhiều so với nhu cầu khuyến cáo. Nguồn cung cấp chủ yếu qua đường tĩnh mạch, năng lượng qua đường miệng có xu hướng tăng dần từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 5 tuy nhiên không đáng kể. Qua đó, bệnh nhân nhập viện có chỉ định phẫu thuật cần được sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng để phát hiện những bệnh nhân có nguy cơ về dinh dưỡng, bệnh nhân suy dinh dưỡng để tư vấn chế độ dinh dưỡng hợp lý và can thiệp dinh dưỡng kịp thời cho từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, 2007. Hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện. Nhà xuất bản Y học. Tr. 30 – 31.
2. Bùi Thị Duyên, Nguyễn Quang Dũng, 2020. Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hoá tại bệnh viện Quân y 175 năm 2020. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm. Số 2. Tr. 1.
3. Chu Thị Tuyết, 2015. Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hoá mở có chuẩn bị tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2013. Luận án Tiến sĩ y học. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.
4. Đoàn Duy Tân, Võ Duy Long, Lê Thị Hương, 2021. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Việt Nam. Số 1. Tr. 252 - 256.
5. Hoàng Thị Lệ, Ngô Thị Yến, 2021. Khảo sát thực trạng dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2021.
6. Katundu G., Mutafya, Lozani C., Nyirongo M., Uebele E., 2018. An observational study of perioperative nutrition and postoperative outcomes in patients undergoing laparotomy at Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre, Malawi. Malawi Med J. Vol. 30. P. 79 - 85.
7. Lê Thị Thành, Nguyễn Hoàng Diệu, Nguyễn Quốc Phương, Bùi Thị Phương Lan, 2020. Thực trạng nuôi dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2020.
8. Ngô Thị Linh, Hà Nguyễn Kính Long, Nguyễn Xuân Hùng, Trịnh Thị Thanh Bình, 2017. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức và một số yếu tố liên quan. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm. Số 4.
9. Nguyễn Duy Hiếu, 2016. Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

10. Nguyễn Hà Thanh Uyên, Đoàn Duy Tân, Phạm Thị Lan Anh, 2017. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước mổ ở bệnh nhân ung thư trực tràng và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. Số 21. Tr. 122 - 129.

11. Nguyễn Văn Trang, Trần Thơ Nhị, Nguyễn Hoàng Long, 2021. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Thanh Nhàn và bệnh viện Vinmec Times City. Tạp chí Y học Việt Nam. Số 2. Tr. 262 - 267.

12. Trần Thị Giáng Hương và Nguyễn Thị Thùy Linh, 2016. Tình trạng dinh dưỡng trước, sau phẫu thuật và một số yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2015. Tạp chí Y Dược thực hành. Số. 5. Tr. 85 - 91.

13. Trịnh Bảo Ngọc, Nguyễn Thị Thu Liễu, Lê Thị Quỳnh Trang, 2020. 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. Số 8. Tr. 293 - 299.

14. Trương Thị Thư, Nguyễn Thanh Chò, Hoàng Mạnh An, Phạm Đức Minh, 2018. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật cắt dạ dày tại bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Y - Dược học quân sự. Số 4. Tr. 44 - 50.

15. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Bá Anh, Lê Minh Hương, Nguyễn Thanh Long, 2013. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày. Tạp chí Y học thực hành. Số 10. Tr. 3 - 7.

16. Waitzberg D L, Caiaffa W T, Correia M I T D, 2001. The Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. Nutrition. Vol 17. 573-580.

17. Wyszynski D F, Perman M, Crivelli A, 2003. Prevalence of hospital malnutrition in Argentina: Preliminary result of population-based study. Nutrition. Vol 19. 115-119.

NUTRITIONAL STATUS ON SURGICAL PATIENTS IN GENERAL SURGERY DEPARTMENT AT THE CAN THO GENERAL HOSPITAL

Nguyen Thi Hong Nguyen*, Tran Truc Linh, Phan Ngoc Thuy,
Nguyen Thi Mai Duyen and Vo Ho Khanh Uyen
Tay Do University
(*Email: hongnguyendhtd@gmail.com)

ABSTRACT

The aim of the study was to assess the nutritional status of patients before and after surgery based on Body Mass Index (BMI) and Subjective Global Assessment (SGA) methods, surveying the patient's feeding 5 days after surgery at the General Surgery Department of Can Tho City General Hospital in 2022. A cross-sectional study was implemented among 105 patients in the General Surgery Department – Can Tho Hospital from January to June 2022 to identify the nutritional status of patients. The results showed that according to BMI, the rate of malnutrition at hospital admission was 29,5%, SGA 40%, Albumin (<35g/L) 29,5%, Protein (<60 g/L) 15,2%, RBC 21,9% and Hemoglobin 63,8% before surgery. After surgery, the prevalence of malnutrition by BMI was 35,2%, the prevalence of malnutrition by SGA increased to 80%. On the first day after surgery, total energy reached the lowest value of $920,79 \pm 295,38$ Kcal, and on the 5th day, the highest average energy was $1293,81 \pm 482.05$ Kcal. This energy value is lower than recommended. Research showed that there is a need to increase nutrition counseling before surgery so that patients understand the importance of nutrition with surgical fecal disease to prevent complications caused by malnutrition.

Keywords: BMI, nutrition, surgery patient, SGA