

THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ NUÔI DƯỠNG SAU PHẪU THUẬT Ở NGƯỜI BỆNH NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU ĐƯỢC PHẪU THUẬT MỜ CẠNH CỔ TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG, 2024-2025

Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Hoàng Huy^{1*}, Phạm Trung Kiên¹, Nguyễn Thị Phương Thảo²

¹*Bệnh viện Tai mũi họng Trung Ương*

²*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu này nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh nhiễm trùng cổ sâu (NTCS) và mô tả thực trạng nuôi dưỡng sau phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi trước và sau phẫu thuật trên 37 người bệnh NTCS được phẫu thuật mờ cạnh cổ (4/2024 - 5/2025). Kết quả cho thấy trước phẫu thuật, 18,9% thiếu năng lượng trường diễn (BMI <18,5); 27,0% nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ-vừa và 5,4% nguy cơ suy dinh dưỡng nặng theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan (SGA). Sau phẫu thuật, tỷ lệ BMI < 18,5 tăng lên 24,3%, cân nặng trung bình giảm từ 57,1 ± 11,0 kg xuống 54,6 ± 11,2 kg; 86,5% người bệnh sụt cân trong 7 ngày đầu sau phẫu thuật. Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày là phương thức chủ yếu sau phẫu thuật (86,5%) từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 7. Năng lượng cung cấp vẫn thấp hơn khuyến nghị, protein chỉ đạt ngưỡng khuyến nghị từ ngày thứ 5 sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng còn phổ biến ở người bệnh NTCS phẫu thuật mờ cạnh cổ, có xu hướng nặng hơn sau phẫu thuật. Nuôi dưỡng sau phẫu thuật chưa đáp ứng đủ nhu cầu năng lượng và protein, đặc biệt trong những ngày đầu, cho thấy cần can thiệp dinh dưỡng sớm và tích cực.

Từ khoá: tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, nhiễm trùng cổ sâu, mờ cạnh cổ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng cổ sâu (NTCS) là một bệnh lý nhiễm trùng nặng, tiến triển nhanh, có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như suy hô hấp, nhiễm trùng huyết, áp xe trung thất, tử vong do đó cần được phẫu thuật sớm để dẫn lưu ổ áp xe [1-3]. Người bệnh thường có triệu chứng nuốt đau, khó há miệng, ảnh hưởng đến chế độ dinh dưỡng của người bệnh [4]. Sau phẫu thuật, người bệnh thường đối mặt với nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng như tình trạng viêm nhiễm kéo dài, chán ăn, giảm lượng ăn và dịch đưa vào, rối loạn chuyển hóa do stress phẫu thuật, chấn thương nặng, hạn chế vận động vùng cổ, mặt, khó nuốt.

Theo cảnh báo của Hội Dinh dưỡng và Chuyển hóa châu Âu, tỷ lệ người bệnh nội trú mắc suy dinh dưỡng (SDD) trên thế giới dao động từ 20–50% [5, 6].

SDD làm tăng nguy cơ biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng chi phí điều trị. Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày là phương pháp hiệu quả và an toàn khi người bệnh không thể ăn qua đường miệng. Từ thực tiễn này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh NTCS trước phẫu thuật và mô tả thực trạng nuôi dưỡng sau phẫu thuật tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương năm 2024-2025.

*Tác giả: Nguyễn Hoàng Huy

Địa chỉ: Khoa Tai – Bệnh viện Tai mũi họng Trung Ương

Điện thoại: 0912 416 757

Email: hoanghuyorl@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23/05/2026

Ngày phản biện: 06/06/2026

Ngày đăng bài: 15/07/2026

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh NTCS được phẫu thuật mở cạnh cổ.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được chẩn đoán NTCS và được phẫu thuật mở cạnh cổ.

Người bệnh nằm viện sau phẫu thuật từ 7 ngày trở lên.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương

Thời gian nghiên cứu: tháng 04/2024 đến tháng 05/2025

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiền cứu

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Gồm 37 người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, nghiên cứu trên tất cả các người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.6. Biến số nghiên cứu

Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao từ đó tính chỉ số BMI) cụ thể như sau: Thiếu năng lượng trường diễn khi BMI <18,5; Bình thường khi BMI từ 18,5 đến 24,9; Thừa cân/béo phì khi BMI ≥25 [7].

Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan (Subjective Global Assessment - SGA): dựa trên các thông tin về thay đổi cân nặng, khẩu phần ăn, triệu chứng tiêu hóa (chán ăn,

buồn nôn, nôn, tiêu chảy kéo dài), khả năng hoạt động chức năng và các dấu hiệu thực thể (teo cơ, mất lớp mỡ dưới da, phù), từ đó phân loại thành ba mức: SGA-A (dinh dưỡng tốt), SGA-B (nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ-vừa) và SGA-C (nguy cơ suy dinh dưỡng nặng). [8]

Chế độ nuôi dưỡng và mức cung cấp năng lượng, protein được theo dõi trong 7 ngày sau phẫu thuật.

Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị theo hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng năm 2015 và ESPEN 2017 [7, 9], với mức năng lượng khuyến nghị tăng dần từ 20–25 Kcal/kg/ngày trong những ngày đầu lên 30–35 Kcal/kg/ngày ở giai đoạn ổn định, và mức protein khuyến nghị 1,2–1,5 g/kg/ngày.

Đánh giá mức độ đáp ứng nhu cầu năng lượng và protein của người bệnh sau phẫu thuật theo công thức:

$$\text{Mức đáp ứng nhu cầu} = \frac{\text{Khẩu phần thực tế}}{\text{Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị tối thiểu}} \times 100\%$$

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Số liệu được thu thập từ bệnh án nghiên cứu.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập, phân tích và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được Hội đồng khoa học đề tài cấp cơ sở của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương thông qua theo Quyết định số 527/QĐ-TMH ngày 22/08/2025. Các thông tin về người bệnh được giữ kín.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,2 ± 16,3 tuổi. Nhóm tuổi 40–60 chiếm tỷ lệ

cao nhất (51,4%), tiếp theo là nhóm trên 60 tuổi (32,4%), và nhóm dưới 40 tuổi (16,2%). Nam giới chiếm 59,5%, cao hơn nữ giới (40,5%). Phần lớn người bệnh đến từ khu vực nông thôn (64,9%), khu vực thành thị chiếm 35,1%. Về trình độ học vấn, chủ yếu dưới trung học phổ

thông (62,2%). Nghề nghiệp đa dạng, trong đó nhóm lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (48,6%), tiếp theo là viên chức (35,1%).

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật mở cạnh cổ

Bảng 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật (n=37)

Phân loại tình trạng dinh dưỡng	Chung	Giới tính		Nhóm tuổi		
		Nam (n=22)	Nữ (n=15)	<40 tuổi (n=6)	40–60 tuổi (n=19)	>60 tuổi (n=12)
Theo BMI						
Thiếu năng lượng trường diễn (BMI <18,5)	7 (18,9%)	3 (13,6%)	4 (26,7%)	1 (16,7%)	2 (10,5%)	4 (33,3%)
Bình thường (BMI: 18,5 – 24,9)	24 (64,9%)	16 (72,7%)	8 (53,3%)	4 (66,7%)	12 (63,2%)	8 (66,7%)
Thừa cân / Béo phì (BMI ≥25)	6 (16,2%)	3 (13,6%)	3 (20,0%)	1 (16,7%)	5 (26,3%)	0 (0,0%)
Theo SGA						
SGA – A	25 (67,6%)	14 (63,6%)	11 (73,3%)	4 (66,7%)	13 (68,4%)	8 (66,7%)
SGA – B	10 (27%)	7 (31,8%)	3 (20,0%)	2 (33,3%)	6 (31,6%)	2 (16,7%)
SGA – C	2 (5,4%)	1 (4,5%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (16,7%)

Bảng 1 mô tả phân loại tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo BMI và SGA trước phẫu thuật. BMI trung bình: $21,5 \pm 3,2$ kg/m², ở nam là $21,6 \pm 2,9$ kg/m² và nữ là $21,2 \pm 3,6$ kg/m². Tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường

diễn ở nữ (26,7%) cao hơn ở nam (13,6%). Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%); thấp nhất ở nhóm 40-60 tuổi (10,5%).

Bảng 2. Thực trạng các đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật 7 ngày (n=37)

Thời gian	Nuôi dưỡng tĩnh mạch		Nuôi qua sonde		Nuôi đường miệng	
	n	%	n	%	n	%
Ngày 1	4	10,8	22	59,5	11	29,7
Ngày 2	0	0,0	27	73,0	10	27,0
Ngày 3	0	0,0	31	83,8	6	16,2
Ngày 4	0	0,0	32	86,5	5	13,5
Ngày 5	0	0,0	32	86,5	5	13,5
Ngày 6	0	0,0	32	86,5	5	13,5
Ngày 7	0	0,0	32	86,5	5	13,5

Bảng 2 mô tả các đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật ở người bệnh mở cạnh cổ. Trong ngày đầu tiên sau phẫu thuật, 59,5% người bệnh được nuôi ăn qua sonde, tỉ lệ này tăng lên vào những ngày sau. Người bệnh nuôi dưỡng

qua đường tĩnh mạch chiếm 10,8% chỉ ở ngày đầu, người bệnh nuôi dưỡng qua đường miệng giảm dần từ 29,7% ở ngày đầu xuống còn 13,5% ở ngày thứ 4-7.

Bảng 3. Khẩu phần năng lượng và protein thực tế ở người bệnh sau phẫu thuật so với khuyến nghị (n=37)

Ngày sau phẫu thuật	Năng lượng (Kcal/kg/ngày)			Protein (g/kg/ngày)		
	Khẩu phần thực tế	Mức đáp ứng nhu cầu (%)	Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị*	Khẩu phần thực tế	Mức đáp ứng nhu cầu (%)	Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị*
Ngày 1	13,2	66,0	20 - 25	0,5	41,7	
Ngày 2	21,5	71,7	30	0,9	75,0	1,2 – 1,5
Ngày 3	24,1	80,3		1,0	83,3	1,2 – 1,5
Ngày 4	26,0	86,7		1,1	91,7	1,2 – 1,5
Ngày 5	26,3	87,7	30 - 35	1,2	100	1,2 – 1,5
Ngày 6	26,9	89,7		1,2	100	1,2 – 1,5
Ngày 7	26,6	88,7		1,2	100	

*: Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị theo hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng năm 2015 và ESPEN 2017

Bảng 3 mô tả khẩu phần năng lượng và protein thực tế ở người bệnh sau phẫu thuật so với khuyến nghị. Năng lượng thực tế ngày thứ

nhất là 13,2 Kcal/kg/ngày, đáp ứng 66% nhu cầu tối thiểu, tăng dần ở các ngày sau nhưng vẫn thấp hơn so với khuyến nghị.

Bảng 4. Tình trạng giảm cân sau phẫu thuật

Tình trạng giảm cân	Chung	Giới tính		Nhóm tuổi		
		Nam (n=22)	Nữ (n=15)	<40 tuổi (n=6)	40–60 tuổi (n=19)	>60 tuổi (n=12)
Không giảm	5 (13,5%)	3 (13,6%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	2 (10,5%)	2 (16,7%)
Giảm < 5%	19 (51,4%)	13 (59,1%)	6 (40,0%)	5 (83,3%)	8 (42,1%)	7 (58,3%)
Giảm ≥ 5%	13 (35,1%)	6 (27,3%)	7 (46,7%)	1 (16,7%)	9 (47,4%)	3 (25,0%)

Bảng 4 mô tả tình trạng giảm cân của người bệnh sau phẫu thuật. 86,5% ghi nhận sụt cân sau phẫu thuật; trong đó 51,4% giảm <5% và 35,1% giảm ≥5%. Tỷ lệ giảm ≥5% cao hơn ở nữ (46,7%) so với nam (27,3%), trong khi nam

giới chủ yếu giảm mức nhẹ (<5%). Theo nhóm tuổi, giảm ≥5% gặp nhiều nhất ở nhóm 40–60 tuổi (47,4%), tiếp theo >60 tuổi (25,0%), thấp nhất ở <40 tuổi (16,7%).

Bảng 5. Sự thay đổi chỉ số BMI và cân nặng của người bệnh trước và sau phẫu thuật (n=37)

BMI	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	n	%	n	%
BMI<18,5	7	18,9	9	24,3
Bình thường (18,5 ≤ BMI<25)	24	64,9	23	62,2
Thừa cân (BMI ≥ 25)	6	16,2	5	13,5
Cân nặng trung bình (kg)	57,1 ± 11,0		54,6 ± 11,2	

Bảng 5 trình bày kết quả chỉ số BMI và cân nặng của người bệnh trước phẫu thuật và thời điểm 7 ngày sau phẫu. Sau phẫu thuật 7 ngày, nhìn chung cân nặng của người bệnh giảm, cân nặng trung bình trước và sau phẫu thuật lần lượt là 57,1kg so với 54,6kg. Tỷ lệ người bệnh có BMI<18,5 tăng từ 18,9% lên 24,3%, đồng thời tỷ lệ BMI bình thường và BMI ≥ 25 giảm nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 37 người bệnh phẫu thuật mở cạnh cổ cho thấy nhóm tuổi 40–60 chiếm tỷ lệ cao nhất (51,4%), với độ tuổi trung bình 54,2

± 16,3. Kết quả này khác với nghiên cứu của Trần Việt Dũng (2018), trong đó nhóm tuổi 31–45 và 46–60 chiếm tỷ lệ thấp hơn [10]. Nhìn chung, bệnh tập trung ở độ tuổi lao động, có thể liên quan đến việc trì hoãn thăm khám và tự điều trị. Cân nặng trung bình của người bệnh là 57,1 ± 11,0 kg, nam cao hơn nữ, phù hợp với các nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Chiên (2018) và Lê Thị Quỳnh Trang (2020) [11, 12]. Chiều cao trung bình 1,63 ± 0,1 m, BMI 21,5 ± 3,2 kg/m², tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước trên nhóm phẫu thuật vùng đầu cổ. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn cao hơn ở nữ cho thấy xu hướng nữ giới dễ bị SDD hơn do thể trạng nhỏ hơn và dễ sụt cân khi mắc

bệnh. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn cao nhất ở nhóm >60 tuổi (33,3%), phản ánh nguy cơ SDD tăng theo tuổi.

Sau phẫu thuật, tỷ lệ BMI<18,5 tăng từ 18,9% lên 24,3%, cân nặng giảm từ $57,1 \pm 11,0$ kg xuống $54,6 \pm 11,2$ kg, tương đồng với các nghiên cứu của Lương Thị Nghĩa Vân (2022), Phạm Thị Hồng Chiên (2018), và Nguyễn Thị Hồng Tiến (2021), phản ánh ảnh hưởng của stress phẫu thuật và tình trạng nhiễm trùng đến tình trạng dinh dưỡng người bệnh [11, 13, 14]. Đánh giá SGA trước phẫu thuật cho thấy 27,0% người bệnh có nguy cơ SDD mức độ nhẹ-vừa (SGA-B) và 5,4% mức độ nặng (SGA-C), cao hơn một số nghiên cứu trước đó nhưng đều tập trung ở nhóm người bệnh phẫu thuật vùng đầu cổ. Nguy cơ SDD theo SGA-B cao hơn ở nam giới và tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 40–60; SGA-C chỉ gặp ở nhóm trên 60 tuổi, cho thấy SGA giúp phát hiện nguy cơ SDD tiềm ẩn mà BMI đơn thuần có thể bỏ sót.

Hầu hết người bệnh bị giảm cân sau 7 ngày phẫu thuật (86,5%), chủ yếu giảm <5%. Nhóm dưới 40 tuổi có tỷ lệ giảm cân thấp nhất. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước, khẳng định xu hướng sụt cân thường gặp trong giai đoạn hậu phẫu sớm [15, 16].

Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày là phương thức chủ yếu, chiếm 59,5% ngay ngày đầu và tăng lên 86,5% ở các ngày sau. Nuôi dưỡng tĩnh mạch chiếm tỷ lệ thấp và chủ yếu ở ngày đầu sau phẫu thuật, trong khi nuôi dưỡng đường miệng giảm dần. Điều này phụ thuộc vào đặc điểm bệnh lý và phương pháp phẫu thuật mở cạnh cổ, khác với các nghiên cứu trên nhóm người bệnh phẫu thuật tiêu hóa [15, 16]. Năng lượng và protein cung cấp cho người bệnh tăng dần theo thời gian sau phẫu thuật, song năng lượng vẫn thấp hơn khuyến nghị, protein chỉ đạt ngưỡng từ ngày thứ 5 trở đi, tương đồng với các nghiên cứu của Lương Thị Nghĩa Vân (2022), Phạm Thị Hồng Chiên (2018) và Trần Thị Trang (2021) [13, 11, 16]. Kết quả cho thấy cần can thiệp dinh dưỡng sớm nhằm hạn chế

sụt cân sau phẫu thuật.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Do nghiên cứu thực hiện trong một thời gian ngắn, cỡ mẫu nhỏ (37 người bệnh), thực hiện tại một cơ sở nghiên cứu nên kết quả nghiên cứu chưa có tính đại diện cao, ý nghĩa của nghiên cứu còn hạn chế. Cần các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy thực trạng dinh dưỡng của người bệnh nhiễm trùng cổ sâu cần được quan tâm hơn và can thiệp kịp thời, tích cực.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy SDD ở người bệnh NTCS phẫu thuật mở cạnh cổ tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương vẫn còn phổ biến, tỷ lệ BMI<18,5 tăng từ 18,9% trước phẫu thuật lên 24,3% sau phẫu thuật, và sự giảm rõ rệt về cân nặng sau phẫu thuật.

Tỷ lệ SDD cao hơn ở nữ giới và nhóm người bệnh trên 60 tuổi trong nghiên cứu. Nguy cơ SDD mức độ nặng chủ yếu xuất hiện ở nhóm người bệnh tuổi cao. Đánh giá theo SGA cho thấy tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD mức độ nhẹ đến trung bình chiếm ưu thế, với tỷ lệ cao hơn ở nam giới và nhóm tuổi 40–60. Phần lớn người bệnh có xu hướng giảm cân sau phẫu thuật, chủ yếu trong 7 ngày đầu. Sau phẫu thuật, nuôi dưỡng vẫn chưa đáp ứng đầy đủ so với khuyến nghị, đặc biệt trong những ngày đầu sau phẫu thuật.

Khuyến nghị sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng khi nhập viện và xây dựng phác đồ dinh dưỡng cho người bệnh NTCS trước và sau phẫu thuật mở cạnh cổ nhằm đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Nga. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của nhiễm trùng cổ sâu tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội. 2013.

2. Kataria G, Saxena A, Bhagat S, et al. Deep neck space infections: a study of 76 cases. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2015; 27 (4): 293 - 299.
3. Daramola O, Flanagan C, Maiel R, et al. Diagnosis and treatment of deep neck space abscesses. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009; 141 (1): 123 - 130.
4. Park MJ, Kim J, Kim Y, et al. Initial nutritional status and clinical outcomes in patients with deep neck infection. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2018; 11 (4): 293 - 300.
5. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. The Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001; 17 (7-8): 636 - 641.
6. Wyszynski DF, Perman M, Crivelli A. Prevalence of hospital malnutrition in Argentina: preliminary results of a population-based study. *Nutrition*. 2003; 19 (2): 115 - 119.
7. Bộ Y tế. Hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học. 2015.
8. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1987; 11 (1): 8 - 13.
9. Burgos R, Breton I, Cereda E, et al. ESPEN guideline: clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr*. 2018; 37 (1): 354 – 396.
10. Trần Việt Dũng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng áp xe cạnh cổ do dò xoang lê. Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
11. Phạm Thị Hồng Chiên. Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân phẫu thuật ung thư hạ họng thanh quản tại Bệnh Viện Tai Mũi Họng Trung Ương. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
12. Lê Thị Quỳnh Trang. Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện E. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
13. Lương Thị Nghĩa Vân. Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh phẫu thuật hàm mặt tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương. Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2022.
14. Nguyễn Thị Hồng Tiến. Hiệu quả hỗ trợ dinh dưỡng tích cực bệnh nhân ung thư thực quản mở thông dạ dày được hóa xạ trị tại Bệnh viện K. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2021.
15. Ngô Thị Linh. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
16. Trần Thị Trang. Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh Viện Đa Khoa Thành phố Vinh. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2021.

NUTRITIONAL STATUS AND POSTOPERATIVE FEEDING IN PATIENTS WITH DEEP NECK INFECTIONS UNDERGOING CERVICOTOMY AT THE NATIONAL OTOLARYNGOLOGY HOSPITAL, 2024-2025

Nguyen Thi Thu Hien¹, Nguyen Hoang Huy¹, Pham Trung Kien¹, Nguyen Thi Phuong Thao²

¹*National Otolaryngology Hospital*

²*Thai Nguyen National Hospital*

This study aimed to assess the nutritional status of patients with deep neck infections and to describe postoperative feeding practices at the National Otolaryngology Hospital. A prospective longitudinal descriptive study was conducted on 37 patients with deep neck infections who underwent cervicotomy between April 2024 and May 2025. Patients were followed before and after surgery to evaluate nutritional indicators and feeding modalities. Preoperatively, 18.9% of patients had chronic energy deficiency (BMI < 18.5); 27.0% were at risk of mild–moderate malnutrition and 5.4% at risk of severe malnutrition according to the Subjective Global Assessment. Postoperatively, the proportion of patients with BMI < 18.5 increased to 24.3%. Mean body weight decreased from 57.1±11.0 kg to 54.6±11.2

kg, and 86.5% of patients experienced weight loss within the first seven postoperative days. Enteral nutrition via nasogastric tube was the primary feeding modality after surgery (86.5%) from postoperative day 4 to day 7. Energy provision remained below recommended levels, and protein intake reached recommended thresholds only from postoperative day 5. Malnutrition and risk of malnutrition are common among patients with deep neck infections undergoing cervicotomy and tend to worsen after surgery. Postoperative nutritional support did not meet energy and protein requirements, particularly in the early postoperative period, indicating the need for early and intensive nutritional intervention.

Keywords: Nutritional status; malnutrition; deep neck infection; cervicotomy