

# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2016-2017

*Phạm Thị Hương Len<sup>1</sup>, Nguyễn Lê Tuấn Anh<sup>2</sup>, Nguyễn Thùy Linh<sup>2</sup>, Lê Thị Hương<sup>3</sup>*

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước, sau phẫu thuật và mô tả chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân 7 ngày sau phẫu thuật đường tiêu hóa. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 109 bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2016 đến tháng 12/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ có BMI <18,5 kg/m<sup>2</sup> là 16,5%. Nguy cơ suy dinh dưỡng theo đánh giá tổng thể chủ quan với SGA ở mức độ B,C là 38,5%. Có 35,8% bệnh nhân giảm Albumin và 31,2% bệnh nhân có thiếu máu trước phẫu thuật. Trong vòng 7 ngày sau phẫu thuật, có 81,6% bệnh nhân được nuôi dưỡng kết hợp giữa truyền tĩnh mạch với đường miệng, 9,2% nuôi tĩnh mạch hoàn toàn. Phẫu thuật thực quản có thời gian nuôi đường miệng ít nhất ( $2,4 \pm 1,5$  ngày), phẫu thuật ruột non có thời gian nuôi đường miệng nhiều nhất ( $4,0 \pm 1,6$  ngày). Ngày thứ nhất bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch và năng lượng trung bình 816,7 Kcal. Những ngày tiếp theo, tổng năng lượng chỉ đạt 50-60% so với nhu cầu khuyến nghị. Ngày thứ 8 sau phẫu thuật, hầu hết bệnh nhân đều có tình trạng giảm cân (98,1%) trong đó chủ yếu giảm <5% cân nặng (79,8%). Tỷ lệ bệnh nhân có BMI <18,5 tăng lên từ 16,5% lên 23,9%.

**Từ khóa:** *Tình trạng dinh dưỡng trước, sau phẫu thuật, đường tiêu hóa, nuôi dưỡng sau phẫu thuật.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng có vai trò vô cùng quan trọng với người bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nằm viện có vấn đề về dinh dưỡng chiếm tỷ lệ từ 20 – 50% [1, 2]. Suy dinh dưỡng làm gia tăng các biến chứng sau mổ, làm kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị [3]. Đối với bệnh nhân được phẫu thuật, dinh dưỡng càng đóng vai trò quan trọng. Suy dinh dưỡng làm gia tăng các biến chứng phẫu thuật như: nhiễm trùng vết mổ, bục xì miệng nối, chậm lành vết thương... Bên cạnh đó, việc nuôi dưỡng bệnh nhân như thế nào sau phẫu thuật cũng là một vấn đề đặc biệt quan trọng. Nuôi dưỡng đúng và đủ giúp bệnh nhân nhanh chóng

hồi phục sau phẫu thuật, ngược lại việc nuôi dưỡng sai nguyên tắc có thể làm nặng thêm tình trạng bệnh và gia tăng các biến chứng. Xuất phát từ ý nghĩa đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016-2017” với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016-2017,

2. Mô tả chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân 7 ngày sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016-2017.

<sup>1</sup>BS.Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng.  
Email: Huonglen.bsdd@gmail.com

<sup>2</sup>Th.S. Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>GS.TS. Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài: 15/6/2018

Ngày phản biện đánh giá: 2/7/2018

Ngày đăng bài: 25/7/2018

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu:**

Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2016 đến 12/2017.

**2.3. Cỡ mẫu, chọn mẫu**

- **Cỡ mẫu:** Công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ

$$n = Z^2 \frac{p \times (1 - p)}{(1 - \alpha/2) d^2}$$

Trong đó:

n: Tổng số đối tượng cần điều tra.

Z = 1,96 Khoảng tin cậy 95%.

d = 0,1 là khoảng sai lệch giữa mẫu và quần thể nghiên cứu.

p = 0,51 là tỷ lệ SDD trước phẫu thuật của người bệnh khoa ngoại lấy từ nghiên cứu trước [4].

n = 96. Dự trừ 10% đối tượng bỏ cuộc, cỡ mẫu là n = 106 người. Thực tế thu thập được 109 người.

- **Chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật đường tiêu hóa có chuẩn bị tại khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian tiến hành nghiên cứu đến khi đủ cỡ mẫu.

### 3.1. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân

**Bảng 1. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trước-sau phẫu thuật của bệnh nhân (n=109)**

| BMI    | Trước phẫu thuật |      | Sau phẫu thuật |      |
|--------|------------------|------|----------------|------|
|        | n                | %    | n              | %    |
| < 18,5 | 18               | 16,5 | 26             | 23,9 |
| ≥ 18,5 | 91               | 83,5 | 73             | 76,1 |

Kết quả Bảng 1 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân có BMI < 18,5 trước phẫu thuật (PT) là 16,5%, tăng lên sau PT là 23,9%.

### 2.4. Phương pháp đánh giá

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật đường tiêu hóa được đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật 24h và sau phẫu thuật ngày thứ 8 với các chỉ số: cân nặng, chiều cao, BMI (BMI <18,5 thiếu nặng lượng trường diễn, BMI từ 18,5-24,9 bình thường, BMI >25 thừa cân), SGA (SGA A dinh dưỡng tốt, SGA B nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ và vừa, SGA C nguy cơ suy dinh dưỡng nặng), Albumin huyết thanh (giảm nếu <35g/l), Hemoglobin máu (giảm nếu < 120 g/l).

Trong 7 ngày sau phẫu thuật bệnh nhân được theo dõi hàng ngày về chế độ nuôi dưỡng bao gồm tất cả các đường nuôi kể cả thực phẩm bệnh nhân sử dụng thêm bên ngoài.

### 2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidada 3.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

## III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 109 bệnh nhân: 65 nam và 44 nữ. Tuổi trung bình là  $57,8 \pm 11,4$  tuổi. Có 41,3% bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật dạ dày, 28,4% phẫu thuật đại tràng, 14,7% phẫu thuật trực tràng/hậu môn, 11,9% phẫu thuật thực quản và 3,7% là phẫu thuật ruột non.

**Bảng 2. Đánh giá SGA trước phẫu thuật của bệnh nhân (n=109)**

| SGA | Nam |      | Nữ |      | Chung |      | P     |
|-----|-----|------|----|------|-------|------|-------|
|     | n   | %    | n  | %    | n     | %    |       |
| A   | 39  | 60   | 28 | 63,6 | 67    | 61,5 |       |
| B   | 24  | 36,9 | 15 | 34,1 | 39    | 36,8 | 0,915 |
| C   | 2   | 3,1  | 1  | 2,3  | 3     | 1,7  |       |

Kết quả Bảng 2 cho thấy: Có 61,5% bệnh nhân có SGA mức độ A; 36,8% bệnh nhân mức độ B và 1,7% bệnh nhân ở mức độ C.

**Bảng 3: Tình trạng dinh dưỡng theo Albumin và Hemoglobin trước phẫu thuật (n=109)**

| Chỉ số | Albumin |        | Hemoglobin |         |
|--------|---------|--------|------------|---------|
|        | <35g/l  | ≥35g/l | <120g/l    | ≥120g/l |
| n      | 39      | 70     | 34         | 75      |
| %      | 35,8    | 64,2   | 31,2       | 68,8    |

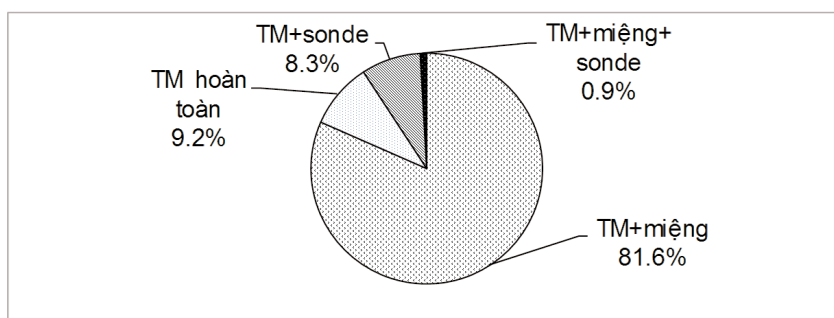
Kết quả Bảng 3 cho thấy: trước phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân có giảm albumin (<35g/l) là 35,8% và có thiếu máu (Hb<120g/l) là 31,2%.

**Bảng 4: Tình trạng giảm cân sau phẫu thuật ngày thứ 8 của bệnh nhân**

| Tình trạng | Nam |      | Nữ |      | Chung |             |
|------------|-----|------|----|------|-------|-------------|
|            | n   | %    | n  | %    | n     | %           |
| Không giảm | 1   | 1,6  | 1  | 2,3  | 2     | 1,9         |
| Giảm <5%   | 55  | 84,6 | 32 | 72,7 | 87    | <b>79,8</b> |
| Giảm ≥5%   | 9   | 13,8 | 11 | 25   | 20    | 18,3        |
| Tổng       | 65  | 100  | 44 | 100  | 109   | 100         |

Kết quả Bảng 4 cho thấy: Hầu hết bệnh nhân giảm cân sau phẫu thuật (98,1%). Đa số bệnh nhân giảm dưới 5% cân nặng (79,8%), số bệnh nhân giảm từ 5% cân nặng trở lên là 18,3%.

### 3.2. Phương pháp nuôi dưỡng trong 7 ngày sau phẫu thuật

**Biểu đồ 1: Các phương pháp nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật (%)**

Biểu đồ 1 cho thấy: Tất cả các bệnh nhân đều được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch(TM), trong đó nuôi dưỡng TM

hoàn toàn chiếm 9,2%. Còn lại hầu hết các bệnh nhân đều được nuôi dưỡng kết hợp đường TM và đường miệng (81,6%)

**Bảng 5: Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng và thời gian nuôi dưỡng trung bình qua các đường nuôi dưỡng**

| Các đường nuôi dưỡng | Thời gian bắt đầu nuôi (ngày thứ) |           | Thời gian trung bình (số ngày) |           |
|----------------------|-----------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
|                      | $(\bar{X} \pm SD)$                | Min – max | $(\bar{X} \pm SD)$             | Min – max |
| Nuôi đường tĩnh mạch | 1                                 | 1         | 7                              | 7         |
| Nuôi qua sonde       | 3,7±0,7                           | 3-5       | 4,3±0,7                        | 3-5       |
| Nuôi đường miệng     | 3,8±0,9                           | 2-7       | 3,7±1,3                        | 1-6       |

Kết quả bảng 5 cho thấy: Tất cả các bệnh nhân đều được nuôi dưỡng đường TM ngay ngày đầu tiên sau phẫu thuật (PT) và cả trong 7 ngày nghiên cứu. Bệnh nhân được nuôi qua sonde sớm nhất từ

ngày thứ 3 sau PT và thời gian nuôi trung bình là 4,3±0,7 ngày; nuôi đường miệng sớm nhất vào ngày thứ 2 sau PT và thời gian nuôi trung bình là 3,7±1,3 ngày.

**Bảng 6: Thời gian nuôi trung bình qua đường miệng theo các loại phẫu thuật**

| Loại phẫu thuật    | $\bar{X} \pm SD$ (ngày) | Min – max (ngày) | P     |
|--------------------|-------------------------|------------------|-------|
| Thực quản          | 2,4±1,5                 | 1-5              |       |
| Dạ dày             | 3,7±1,2                 | 1-6              |       |
| Ruột non           | 4±1,6                   | 2-6              | 0,109 |
| Đại tràng          | 3,6±1,3                 | 1-6              |       |
| Trực tràng/hậu môn | 3,7±1,3                 | 1-6              |       |

Bảng 6 cho biết: PT thực quản có thời gian nuôi đường miệng ít nhất ( $2,4 \pm 1,5$  ngày), trong khi đó bệnh nhân phẫu thuật ruột non có thời gian nuôi đường miệng nhiều nhất, trung bình là  $4 \pm 1,6$  ngày.

**Bảng 7: Giá trị dinh dưỡng khẩu phần trong 7 ngày của bệnh nhân sau phẫu thuật**

| Thành phần dinh dưỡng | Năng lượng (kcal) | Protein (g) | Lipid (g) | Glucid (g) |
|-----------------------|-------------------|-------------|-----------|------------|
| Ngày 1                | 816,7             | 27,9        | 32,3      | 105,5      |
| Ngày 2                | 1080,5            | 38,7        | 44,2      | 136,5      |
| Ngày 3                | 1136,8            | 42,1        | 45,5      | 141,9      |
| Ngày 4                | 1198,5            | 43,9        | 47,6      | 159,7      |
| Ngày 5                | 1320,6            | 49,5        | 48,9      | 170,9      |
| Ngày 6                | 1412,4            | 54          | 50        | 194,9      |
| Ngày 7                | 1510,2            | 61          | 50,1      | 213,8      |

Bảng 7 chỉ ra rằng: Năng lượng nuôi dưỡng bệnh nhân theo tổng các đường nuôi ngày thứ nhất sau phẫu thuật là 816,7 kcal, Protein là 27,9 g, Lipid là

32,3g, Glucid 105,5 g và tăng dần theo các ngày, đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật, tổng năng lượng là 1510,2kcal, Protein là 61 g, Lipid là 50,1 g, Glucid 213,8 g.

**Bảng 8: Giá trị năng lượng và protein sau phẫu thuật so với khuyến nghị.**

| Ngày sau phẫu thuật | Năng lượng (kcal/kg/ngày) |         | Protein (g/kg/ngày) |         |
|---------------------|---------------------------|---------|---------------------|---------|
|                     | KP thực tế                | NCDDKN  | KP thực tế          | NCDDKN  |
| Ngày 1              | 15,9                      |         | 0,6                 |         |
| Ngày 2              | 21                        |         | 0,8                 |         |
| Ngày 3              | 22,1                      |         | 0,8                 |         |
| Ngày 4              | 23,3                      | 35 - 40 | 0,9                 | 1 - 1,2 |
| Ngày 5              | 25,8                      |         | 1                   |         |
| Ngày 6              | 27,6                      |         | 1,1                 |         |
| Ngày 7              | 29,6                      |         | 1,2                 |         |

Bảng 8 cho thấy năng lượng thực tế ngày thứ 7 cao nhất là 29,6 kcal/kg nhưng vẫn thấp hơn nhiều so với khuyến nghị. Protein ngày thứ 5, 6 và 7 mới đạt ngưỡng khuyến nghị.

## BÀN LUẬN

### 1. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật

Trong nghiên cứu này trước phẫu thuật có 16,5% bệnh nhân có chỉ số BMI < 18,5. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương năm 2015 trên bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa, tỷ lệ bệnh nhân thiếu năng lượng trường diễn trước phẫu thuật là 28,2% [5]. Nghiên cứu của Lưu Ngân Tâm và cộng sự tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2011 cho thấy, 25% bệnh nhân có BMI < 18,5 [6]. Điều này có thể là do cỡ mẫu trong các nghiên cứu tại các địa bàn khác nhau còn nhỏ nên cũng không nói lên được nhiều về sự khác biệt.

Bên cạnh đánh giá BMI, bệnh nhân được đánh giá bằng phương pháp tổng thể chủ quan (SGA). Tỷ lệ nguy cơ SDD theo SGA trong nghiên cứu của chúng tôi là 38,5% trong đó nguy cơ SDD mức độ nhẹ đến vừa (SGA-B) là 36,8%, nguy cơ SDD mức độ nặng (SGA-C) là 1,7%. Tỷ

lệ này tương tự nghiên cứu của Lương Đức Dũng (2013) nguyên cứu trên bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai (có mức độ SDD là 39,9%) [7] và thấp hơn của tác giả Phạm Văn Năng (2006) đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân phẫu thuật tại bệnh viện Cần Thơ với tỷ lệ SDD ở bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa là 77,7% [8]. Sự khác biệt này có thể phần nào do đánh giá chủ quan cũng như tình trạng dinh dưỡng khác nhau của bệnh nhân mỗi thời điểm.

Xét chung tình trạng bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng, nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA là 38,5%, cao hơn 2,3 lần so với đánh giá bằng BMI (16,5%) tương tự kết quả của Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Thùy An đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA cao gấp 2 lần so với đánh giá BMI [9]. Có thể thấy phương pháp đánh giá SGA là công cụ tầm soát đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng tương đối tốt do có thể phân loại sớm tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ngay khi bệnh nhân có vấn đề về dinh dưỡng (chán ăn, nôn, buồn nôn) mà chưa có sự thay đổi về cân nặng.

Sau phẫu thuật ngày thứ 8, kết quả phân tích cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có BMI < 18,5 tăng lên với 23,9%. Hầu hết

bệnh nhân đều có giảm cân sau phẫu thuật, trong đó phần lớn là giảm <5% trọng lượng cơ thể (79,8%). Điều này hoàn toàn có thể giải thích được do sau phẫu thuật người bệnh thường có cảm giác chán ăn, sợ ăn hoặc phải nhịn ăn một vài ngày theo chỉ định của bác sĩ.

Cùng với BMI và SGA thì nồng độ Albumin huyết thanh và hemoglobin cũng được xem xét. Trong nghiên cứu của chúng tôi 35,8% bệnh nhân có albumin huyết thanh từ dưới 35g/l, kết quả này gần tương tự của Phạm Thị Thu Hương năm 2012 nghiên cứu trên người bệnh ung thư đại – trực tràng điều trị hóa chất tại Bệnh viện Bạch Mai (tỷ lệ người bệnh có Albumin < 35 g/l là 31,1%) [10] và nghiên cứu của Lưu Ngân Tâm là 32,0% [6]. Tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương và cộng sự tiến hành trên bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa năm 2015 (10,3%) [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thiếu máu theo nồng độ hemoglobin của người bệnh lên tới 31,2%, cao hơn tỷ lệ thiếu máu trung bình tại một số khoa ở Bệnh viện Bạch Mai năm 2012 của tác giả Tạ Thị Minh (thiếu máu chiếm 29,3%) [11] do người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa có nguy cơ thiếu máu trước mổ cao hơn người bệnh ở các chuyên khoa khác.

## **2. Chế độ nuôi dưỡng 7 ngày sau phẫu thuật:**

Sau phẫu thuật tất cả người bệnh đều được nuôi dưỡng trong 7 ngày điều tra. Nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch và nuôi trong một thời gian dài vẫn được các bác sĩ điều trị quan tâm. Theo quan sát từ nghiên cứu của chúng tôi, các bác sĩ thường cho bệnh nhân “nhịn ăn đến khi trung tiện” và thay vào đó sử dụng nuôi dưỡng đường tĩnh mạch cho

bệnh nhân sau phẫu thuật. Có 90,8% người bệnh được nuôi kết hợp đường tiêu hóa (ăn qua miệng hoặc ống sonde) và đường tĩnh mạch, trong đó người bệnh nuôi kết hợp đường miệng tĩnh mạch là cao nhất 81,6%, người bệnh được nuôi kết hợp cả ba đường là thấp nhất chiếm 0,9%. Việc nuôi bằng đường tiêu hóa làm cho chức năng ruột được duy trì, tăng cường miễn dịch tăng khả năng phục hồi sau phẫu thuật.

Tất cả các bệnh nhân đều được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch ngay trong ngày đầu tiên và cả 7 ngày sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình bắt đầu cho ăn đường tiêu hóa là 3,7 ngày; cho ăn sớm nhất vào ngày hậu phẫu 2 và chậm nhất là vào ngày thứ 8 sau mổ. Theo vị trí phẫu thuật, nuôi dưỡng trong 7 ngày thì phẫu thuật thực quản có thời gian nuôi đường miệng ít nhất ( $2,4 \pm 1,5$  ngày) với lý do bệnh nhân phẫu thuật thực quản được nuôi dưỡng qua sondle dạ dày hoặc hồng tràng trong những ngày đầu phẫu thuật; trong khi đó bệnh nhân phẫu thuật ruột non có thời gian nuôi đường miệng nhiều nhất, trung bình là  $4 \pm 1,6$  ngày. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Bảng 7 cho thấy năng lượng nuôi dưỡng bệnh nhân theo tổng các đường nuôi ngày thứ nhất sau phẫu thuật là 816,7 Kcal; Protein là 27,9g; Lipid là 32,3g; Glucid là 105,5g. Đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật, tổng năng lượng là 1510,2 Kcal; Protein là 61g; Lipid là 50,1g; Glucid 213,8g. Kết quả này của chúng tôi tương tự như của Chu Thị Tuyết năm 2013 ở nhóm chưa can thiệp (943 Kcal) và thấp hơn nhiều so với nhóm can thiệp (2750 Kcal). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chưa có nhiều thay đổi trong cách nuôi dưỡng người bệnh sau phẫu thuật [12].

Theo Hướng dẫn chế độ ăn của bệnh viện của Bộ Y tế thì tổng nhu cầu năng lượng cung cấp cho người bệnh là 35 - 40 Kcal/kg/ngày và protein là 1 - 1,2 g/kg/ngày. Năng lượng thực tế ngày thứ 7 cao nhất là 29,6 Kcal/kg nhưng vẫn thấp hơn nhiều so với khuyến nghị. Protein ngày thứ 6 là 1,06 g/kg/ngày mới đạt ngưỡng dưới của khuyến nghị.

#### IV. KẾT LUẬN

##### 1. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật

Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) của bệnh nhân trước phẫu thuật là 16,5%, sau phẫu thuật là 23,9%.

Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ SDD trước phẫu thuật đánh giá bằng SGA là 38,5% trong đó mức độ nhẹ đến vừa là 36,8% nguy cơ SDD mức độ nặng là 1,7%.

Tỷ lệ người bệnh có Albumin < 35 g/l là 35,8%, tỷ lệ người bệnh thiếu máu Hb < 120 g/l là 31,2%.

##### 2. Chế độ nuôi dưỡng 7 ngày sau phẫu thuật

Có 81,6% bệnh nhân sau phẫu thuật được nuôi dưỡng kết hợp giữa truyền tĩnh mạch với đường miệng, 9,2% bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn theo đường tĩnh mạch.

Phẫu thuật thực quản có thời gian nuôi đường miệng ít nhất ( $2,4 \pm 1,5$  ngày), phẫu thuật ruột non có thời gian nuôi đường miệng nhiều nhất ( $4,0 \pm 1,6$  ngày).

Ngày thứ nhất bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường truyền tĩnh mạch và năng lượng trung bình 816,7 kcal. Những ngày tiếp theo, tổng năng lượng đạt 80-85% so với nhu cầu khuyến nghị, đặc biệt ngày thứ 7, năng lượng đã đạt được 29,6 kcal/kg cân nặng/ngày.

#### KHUYẾN NGHỊ

Bệnh nhân nhập viện cần được sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng đặc biệt là bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa.

Nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm nhất có thể, nuôi dưỡng người bệnh sau phẫu thuật nên kết hợp cả 2 đường: miệng và tĩnh mạch hoặc nuôi qua ống thông và tĩnh mạch.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nightingale J M D, Walsh N, Bullock M E, Wicks A C (1996). *Three simple methods of detecting malnutrition on medical wards*. Journal of the royal society of medicine, 89: 144-148.
2. DeLegge M H. (2008). *Nutritional assessment. Nutrition and Gastrointestinal Diseases (Vol. 1, pp. 334)*. Humana Press Inc., Totowa, New Jersey.
3. Braunschweig C, Gomez S, Sheean P M (2000). *Impact of Declines in Nutritional Status on Outcomes in Adult Patients Hospitalized for More Than 7 days*. Journal of the American Dietetic Association 100(11): 1316-1322.
- 4 P.T.T. Huong, N.N. Thu, N.T. Lam và các cộng sự (2011). *Prevalence of malnutrition among hospitalized patients Viet Nam*. The 7th Asiapacific conference on nutrition 5-7 June 2011 Bangkok Thailand.
5. Trần Thị Giáng Hương và Nguyễn Thùy Linh (2016). *Tình trạng dinh dưỡng trước, sau phẫu thuật và một số yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật trên 39 bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội năm 2015*. Tạp chí Y học Thực hành 175; 5(1): 85–92.
6. Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa (2009). *Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân lúc nhập viện tại bệnh viện Chợ Rẫy*. Tạp chí Y học Đại học Y Dược TP.HCM 13: 305-312.
7. Lương Đức Dũng (2013). *Thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng – đường tiêu hóa tại khoa Ngoại, bệnh*

- viện Bạch Mai 6 tháng đầu năm 2013. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. Phạm Văn Nang, Cox-Reijven P L M, Greve J W, Soeters P B (2006). *Application of subjective global assessment as a screening tool for malnutrition in surgical patients in Vietnam*. Clinical Nutrition 25: 102-108.
  9. Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Thùy An (2011). *Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan, mật tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh 15(4), 387-396.
  10. Phạm Thị Thu Hương và Cao Thị Thu Hương (2012). *Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của bệnh nhân ung thư đại - trực tràng điều trị hóa chất tại Bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Y học 430(2), 104-108.
  11. Tạ Thị Minh (2012). *Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu của bệnh nhân ở một số chuyên khoa tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2012*. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
  12. Chu Thị Tuyết (2013). *Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng-tiêu hóa mở có chuẩn bị tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Y học dự phòng; 8(157):52.

## Summary

### NUTRITIONAL STATUS AND FEEDING REGIMEN AMONG PATIENTS HAVING GASTROINTESTINAL SURGERY IN DEPARTMENT OF SURGERY OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL 2016-2017

**Objectives:** To assess the nutritional status of the patients before and after surgery as well as to describe the feeding regimen for 7 days after gastrointestinal surgery. **Methods:** A cross-sectional study of 109 patients having gastrointestinal surgery at Department of Surgery of Hanoi Medical University Hospital from October 2016 to December 2017. **Results:** The prevalence of patients who had BMI <18.5 kg/m<sup>2</sup> was 16.5%. Malnutrition risk according to subjective overall rating with SGA level B and C was 38.5%. In the pre-operative stage, the percentage of patients having decreased Serum Albumin and anemia was 35.8% and 31.2%, respectively. During 7 days after the surgery, 81.6% of the patients received combined intravenous and oral feeding, while 9.2% of the patients were fed intravenously. The esophageal surgery had the shortest oral feeding time (2.4 ± 1.5 d), while the longest feeding time was for the small bowel surgery (4.0 ± 1.6 d). First day after the surgery, the patient was fed intravenously with the average energy intake of 816.7 Kcal. Over the following days, the total energy intake only accounted for 50 to 60% of the recommended demand. 8 days after the surgery, 98.1% of patients had weight loss, and 79.8% lost less than 5% of their body weight. The proportion of patients with BMI smaller than 18.5 increased from 16.5% to 23.9%.

**Keywords:** *Nutritional status, before/after surgery, gastrointestinal tract, feeding after surgery*

