

Nghiên cứu gốc

ĐÁNH GIÁ KHẨU PHẦN ĂN ĐƯỜNG MIỆNG CỦA BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT GAN TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2025

Nguyễn Thị Thanh[✉], Nguyễn Minh Ngọc, Đặng Bảo Ngọc,
Nguyễn Huy Cường, Nguyễn Minh Diệu

Bệnh viện K, Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khẩu phần đường miệng của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư gan tại Bệnh viện K nhằm xác định mức đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng để cải thiện chăm sóc dinh dưỡng.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân sau phẫu thuật gan. Dữ liệu khẩu phần ăn đường miệng được thu thập thông qua phương pháp hồi ghi 24 giờ bằng bảng phỏng vấn trực tiếp, thành phần dinh dưỡng được phân tích bằng phần mềm Eiyokun Việt Nam và đối chiếu theo khuyến nghị của ESPEN.

Kết quả: Năng lượng khẩu phần đường miệng của bệnh nhân sau phẫu thuật gan đạt trung bình mỗi ngày là $958,4 \pm 277,6$ kcal/ngày. Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu năng lượng và protein tăng dần, trung bình mỗi ngày nằm viện đạt lần lượt là $55,0 \pm 16,0\%$ và $60,6 \pm 18,5\%$. Tính trung bình mỗi ngày sau phẫu thuật chỉ có 11,8% BN đạt được nhu cầu năng lượng và 2,9% bệnh nhân đạt được nhu cầu protein. Tỷ lệ cung cấp năng lượng từ các chất dinh dưỡng: Glucid (49,5–56%), Protein (15,9–19,2%), Lipid (24,9–33,5%). Nhóm bệnh nhân được ra viện sớm hơn có năng lượng trung bình của khẩu phần đường miệng cao hơn.

Kết luận: Tỷ lệ khẩu phần đường miệng của bệnh nhân sau phẫu thuật gan những ngày đầu đạt được nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị còn thấp. Do đó, dinh dưỡng cho bệnh nhân sau phẫu thuật vẫn cần chú ý bổ sung thêm qua dinh dưỡng đường tiêu hóa và/hoặc tĩnh mạch và cần cá thể hóa.

Từ khóa: khẩu phần 24h, sau phẫu thuật, ung thư gan, Bệnh viện K.

ASSESSMENT OF ORAL DIETARY INTAKE OF PATIENTS AFTER HEPATOECTOMY AT NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2025

ABSTRACT

Aims: The study aimed to assess oral dietary intake of patients undergoing hepatoectomy at National Cancer Hospital in order to determine the adequacy of nutritional requirements and to improve nutritional care.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 34 patients following hepatic resection. Oral dietary data were collected using a 24-hour dietary recall. Nutrient composition was analyzed with the Vietnamese version of Eiyokun software and compared against ESPEN recommendations.

Results: The mean daily oral dietary energy intake of the patients was 958.4 ± 277.6 kcal/day. The proportions meeting energy and protein requirements

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh
Email: bsthanhnguyen0915bn@gmail.com
DOI: 10.56283/1859-0381/958

Nhận bài: 5/9/2025 Chính sửa: 11/9/2025
Chấp nhận đăng: 22/9/2025
Công bố online: 22/9/2025

increased over time, with mean daily adequacy during hospitalization of $55.0 \pm 16.0\%$ and $60.6 \pm 18.5\%$, respectively. On average, only 11.8% of oral dietary intake of patients met their energy requirements and 2.9% met protein requirements. The energy distribution from macronutrients was: carbohydrates 49.5–56%, protein 15.9–19.2%, and fat 24.9–33.5%. Patients discharged earlier had higher mean oral dietary energy intake.

Conclusion: In the early postoperative period, the proportion of patients's oral dietary intake meeting recommended nutritional requirements after hepatoectomy remained low. Therefore, nutrition for postoperative patients still requires additional support through enteral and/or parenteral nutrition, and should be individualized.

Keywords: 24-hour dietary intake, after surgery, liver cancer, National Cancer Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan đứng thứ 6 về tỉ lệ mắc và đứng thứ 3 về tỉ lệ tử vong theo ghi nhận GLOBOCAN năm 2022 [1]. Đông Nam Á, trong đó có Việt Nam, là vùng có tỉ lệ mắc ung thư gan cao thứ 2 thế giới. Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn hiệu quả cho những bệnh nhân (BN) ung thư gan ở giai đoạn sớm. Sau phẫu thuật, BN phải đối mặt với nhiều biến đổi về mặt chuyển hóa, nhu cầu năng lượng (NCNL) tăng cao trong khi giảm dự trữ tại gan và rối loạn chức năng tiêu hóa hấp thu làm tăng nguy cơ dinh dưỡng ở nhóm BN này [2]. Đối với BN sau phẫu thuật, dinh dưỡng kém có liên quan với tăng nguy cơ biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện và giảm chất lượng sống. Các nghiên cứu về chế độ ăn sau phẫu thuật

của thường cho thấy BN thường không đáp ứng được đủ nhu cầu dinh dưỡng trong những ngày đầu mặc dù đã được hỗ trợ dinh dưỡng tiêu hóa hoặc tĩnh mạch [3, 4, 5, 6]. Những ngày đầu sau phẫu thuật, khẩu phần ăn (KPA) của BN thường khó đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng do tác dụng của thuốc mê, mệt mỏi, đầy bụng... Tuy nhiên, hiện tại các nghiên cứu về KPA của BN sau phẫu thuật cắt gan trên thế giới và Việt Nam là rất hạn chế. Nghiên cứu về khẩu phần 24h của nhóm BN này là cần thiết nhằm đánh giá được đáp ứng dinh dưỡng và phát hiện thiếu hụt, đề xuất giải pháp can thiệp phù hợp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá khẩu phần ăn 24h trên bệnh nhân ung thư gan sau phẫu thuật”

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành từ tháng 5- 8/2025 tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện K. Đối tượng nghiên cứu là tất cả 34 BN ung thư gan, đủ 18 tuổi đã được phẫu thuật cắt gan đủ tiêu chuẩn chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Tiêu chuẩn chọn: thời gian nằm viện sau phẫu thuật kéo dài từ 6 ngày

trở lên, được bắt đầu ăn trở lại từ bữa trưa ngày thứ 1 sau phẫu thuật theo chế độ ăn của bệnh viện, đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng giao tiếp bình thường. Tiêu chuẩn loại trừ: phải nhịn ăn tại bất cứ thời điểm nào nghiên cứu hoặc phải chuyển sang khoa khác trước thời điểm kết thúc nghiên cứu.

2.2. Phương pháp thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu: Phòng vấn trực tiếp BN theo bộ công cụ được thiết kế. BN sử dụng chế độ ăn trong bệnh viện bao gồm 3 bữa chính và cung cấp thêm 2 gói sữa bột cung cấp 190 kcal/gói mỗi ngày. BN được hỏi ghi khẩu phần ăn đường miệng 24 giờ liên tục trong tối thiểu 5 ngày sau phẫu thuật bằng phương pháp Hỏi ghi khẩu phần 24 giờ qua .

* Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung và tình trạng dinh dưỡng: Tuổi, giới, loại phẫu thuật (cắt gan lớn, cắt gan nhỏ), thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, cân nặng, chiều cao, SGA, BMI, sụt cân trong 6 tháng.

2.3. Phân tích thống kê

- Số liệu sau khi được thu thập sẽ được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1. Số liệu KPA được quy đổi và nhập vào phần mềm tính toán Eiyokun để đánh giá. Sử dụng phần mềm Stata 13 để phân tích số liệu.

- Khẩu phần ăn 24 giờ được phân tích giá trị năng lượng, protein, lipid, glucid, tỉ lệ % cung cấp năng lượng từ các chất dinh dưỡng, tỉ lệ đáp ứng NCNL và protein theo khuyến nghị của ESPEN [7]. BN được đánh giá là đạt NCNL khi năng lượng được $\geq 75\%$ NCNL theo khuyến nghị của ESPEN.

* Phương pháp hạn chế sai số: BN có thể có sai số khi nhớ lại lượng thực phẩm đã ăn, giảm sai số bằng cách hỏi lượng ăn từng món theo thực đơn của bệnh viện để BN có thể nhớ được rõ ràng hơn.

- Thống kê mô tả: Biến định tính được mô tả bằng tần suất, tỉ lệ. Biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng t-test để so sánh 2 giá trị trung bình có phân bố chuẩn, test ANOVA để so sánh nhiều giá trị trung bình. Mức có ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

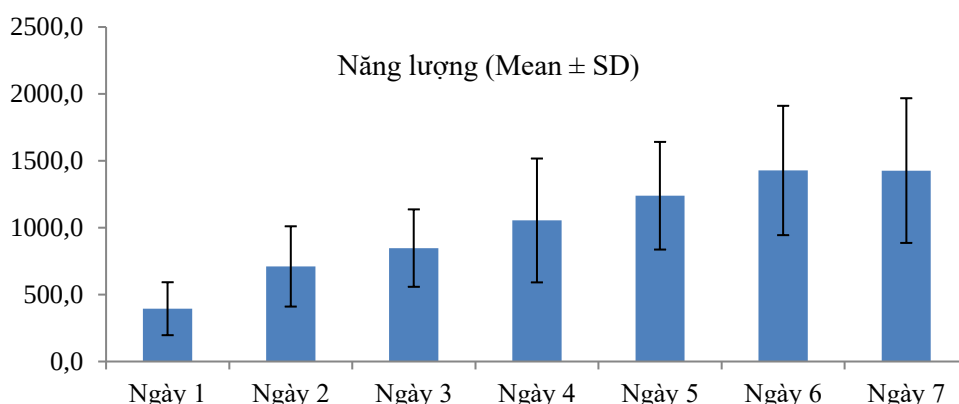
III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Tình trạng dinh dưỡng theo BMI		
Thiếu năng lượng trường diễn (CED)	3	8,8
Bình thường	25	73,5
Thừa cân	6	17,7
Thời gian nằm viện (sau phẫu thuật)		
5 ngày	7	20,6
> 5 ngày	27	79,4
Sụt cân trong vòng 6 tháng		
Có	12	35,3
Không	22	64,7
Phân loại theo SGA		
A	32	94,1
B	2	5,9

Bảng 1 đưa ra đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu. Tổng số có 34 BN tham gia, trong đó nam giới chiếm 73,5%. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng là $57,5 \pm 13,8$ (Từ 24 đến 77 tuổi), trong đó tuổi từ 60 chiếm 55,9%. Tỷ lệ BN không

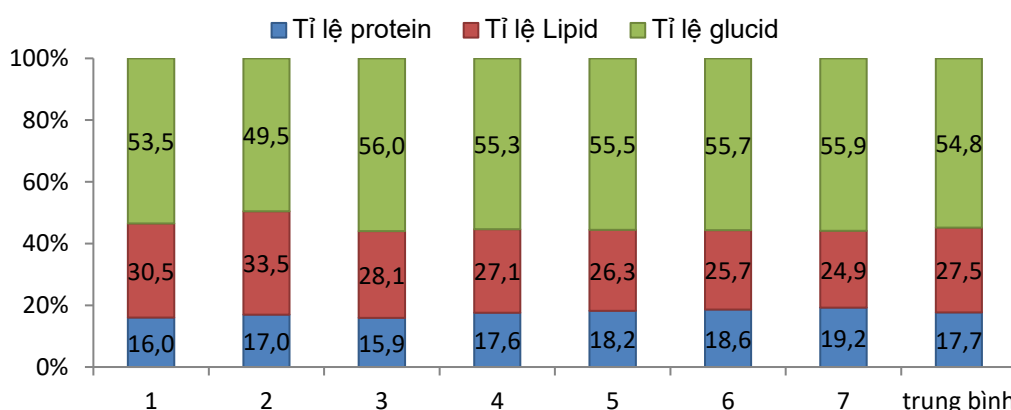
có nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA là 94,1%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI chiếm 8,8%, thừa cân là 17,7%. Tỷ lệ sụt cân trong 6 tháng gần đây chiếm 35,3%. Thời gian nằm viện của BN chiếm chủ yếu là > 5 ngày với 79,4%.



Hình 1. Năng lượng khẩu phần 24h mỗi ngày sau phẫu thuật (kcal/ngày)

Hình 1 cho thấy năng lượng mà KPA đạt được từ ngày thứ 1 cho tới ngày thứ 7 sau phẫu thuật. Nhìn chung năng lượng tăng dần qua từng ngày với mức 394,7 kcal/ngày trong ngày đầu tiên, tăng dần đạt 1427 kcal/ngày ở ngày 6,7. Năng lượng trung bình tăng nhanh từ ngày 1 sang ngày 2. Từ ngày thứ 3 đến ngày 6,

năng lượng tăng khá đều. Năng lượng của khẩu phần ngày 6 và 7 gần như nhau. Năng lượng trung bình mỗi ngày sau phẫu thuật đạt được qua đường miệng là $958,4 \pm 277,6$ kcal/ngày. Tuy nhiên độ dao động năng lượng (độ lệch chuẩn) mỗi ngày cũng rất lớn.



Hình 2. Tỷ lệ cung cấp năng lượng từ các chất dinh dưỡng theo ngày

Hình 2 cung cấp thông tin về tỷ lệ cung cấp năng lượng từ các chất dinh dưỡng theo từng ngày và trung bình trong suốt thời gian hậu phẫu. Nhìn chung, Glucid là chất cung cấp năng lượng chủ yếu, chiếm

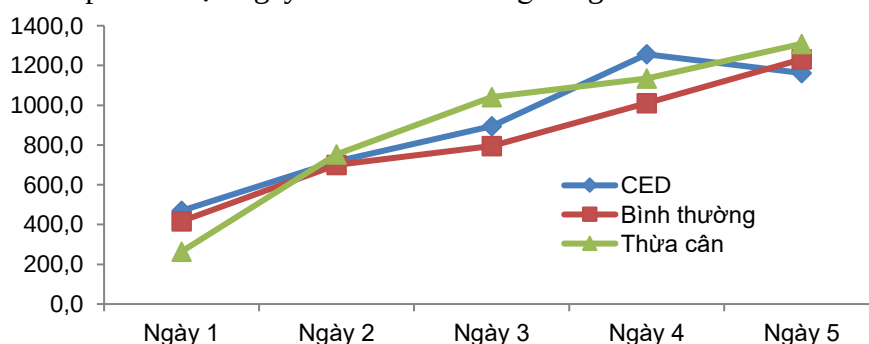
từ 49,5% đến 56%. Tỷ lệ cung cấp năng lượng từ Lipid dao động từ 24,9% đến 33,5%. Protein cung cấp năng lượng dưới 20%, cụ thể dao động trong khoảng 15,9% đến 19,2%.

Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu năng lượng và protein qua đường miệng mỗi ngày sau phẫu thuật theo khuyến cáo của ESPEN

Ngày sau phẫu thuật	Năng lượng		Protein	
	Tỷ lệ % đáp ứng nhu cầu ($\bar{X} \pm SD$)	Tỷ lệ % đạt nhu cầu	Tỷ lệ % đáp ứng nhu cầu ($\bar{X} \pm SD$)	Tỷ lệ % đạt nhu cầu
1 (n=34)	22,9 $\pm$ 11,8	0,0	22,8 $\pm$ 12,1	0,0
2 (n=34)	41,0 $\pm$ 17,7	0,0	43,5 $\pm$ 19,2	0,0
3 (n=34)	48,8 $\pm$ 17,0	2,9	48,2 $\pm$ 16,7	0,0
4 (n=34)	60,6 $\pm$ 26,5	29,4	66,7 $\pm$ 33,0	14,7
5 (n=34)	71,1 $\pm$ 23,1	41,2	80,9 $\pm$ 30,1	26,5
6 (n=27)	81,3 $\pm$ 26,1	51,9	94,4 $\pm$ 33,6	44,4
7 (n=16)	81,8 $\pm$ 30,6	62,5	97,3 $\pm$ 41,5	43,8
Trung bình mỗi ngày	55,0 $\pm$ 16,0	11,8	60,6 $\pm$ 18,5	2,9

Bảng 2 chỉ ra tỷ lệ đáp ứng NCNL và nhu cầu protein trong những ngày đầu sau phẫu thuật của BN mổ gan. Sơ lược cho thấy tỷ lệ đáp ứng được NCNL và protein những ngày đầu sau mổ đều thấp và có xu hướng tăng dần. Tỷ lệ đạt NCNL cao hơn so với đáp ứng protein. Tỷ lệ đạt NCNL tăng vọt từ ngày thứ 4 trở đi và tăng dần khoảng 10% mỗi ngày. Từ ngày thứ 6, đã có > 50% BN đạt được NCNL. Tỷ lệ BN đạt nhu cầu protein tại ngày thứ 4 chỉ

chiếm 14,7%, sau đó tăng nhanh và đạt 44,4% tại ngày thứ 6. Tuy nhiên, khi tính trung bình mỗi ngày sau phẫu thuật thì chỉ 2,9% BN đáp ứng được nhu cầu chất đạm, và chỉ 11,8% BN đáp ứng được NCNL. Tỷ lệ % đáp ứng nhu cầu của năng lượng có xu hướng thấp hơn so với đáp ứng protein. Đặc biệt là từ ngày thứ 5 trở đi, là những ngày phần lớn BN có thể ăn được cơm, tỷ lệ đạm trong chế độ ăn được tăng đáng kể.

**Hình 3.** Năng lượng trung bình đạt được qua đường miệng mỗi ngày theo phân loại chỉ số khối cơ thể.

Hình 3 biểu diễn năng lượng trung bình đạt được phân loại theo nhóm BMI. Nhìn vào hình ta thấy nhóm BN thừa cân là nhóm ăn kém nhất ở giai đoạn đầu tuy nhiên lại có xu hướng tăng nhanh và bền vững sau đó. Nhóm BN thiếu năng lượng trường diễn có khả năng ăn tốt nhất trong

ngày đầu, những ngày sau đó có xu hướng tăng lên tuy nhiên đến ngày thứ 5 mức năng lượng đạt được lại bị giảm đi thành nhóm ăn uống kém nhất. Nhóm có BMI trong giới hạn bình thường có mức năng lượng xu hướng tăng ổn định qua mỗi ngày.

Bảng 3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến năng lượng khẩu phần đường miệng của BN sau phẫu thuật gan (đơn vị kcal/ngày)

Đặc điểm	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4	Ngày 5	Trung bình
Tuổi						
<60	370,8	657,4	850,7	1173,9	1313,0	997,7
≥60	413,5	752,6	845,2	959,8	1180,7	927,4
SGA						
A	387,1	704,6	851,3	1065,1	1250,4	959,7
B	515,0	806,4	790,0	881,6	1057,7	938,9
Sụt cân trong 6 tháng						
Có	438,4	812,0	885,0	1106,9	1173,6	979,4
Không	370,8	655,3	827,3	1025,6	1274,8	947,0
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật						
5 ngày	403,2	619,6	856,1	1091,0	1263,4	1007,1*
> 5 ngày	361,6	734,2	814,9	912,9	1145,4	770,9*

**t*-test, $p = 0,022$

Bảng 3 chỉ ra một số yếu tố có liên quan đến năng lượng của khẩu phần 24h sau phẫu thuật của nhóm BN. Nhóm BN < 60 tuổi mặc dù ban đầu đạt được năng lượng kém hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sau đó mức năng lượng tăng dần qua mỗi ngày và vượt qua nhóm từ 60 tuổi. Trung bình đạt được của nhóm trẻ tuổi hơn cao hơn nhóm lớn tuổi. Tương tự, nhóm BN không có nguy cơ dinh dưỡng (SGA-A) tuy ban đầu năng lượng ăn được kém hơn nhưng sau đó vượt hơn nhóm có nguy cơ dinh dưỡng (SGA-B) và mức trung bình

chung mỗi ngày của nhóm không có nguy cơ cũng cao hơn so với nhóm có nguy cơ. Nhóm BN có tình trạng sụt cân trong 6 tháng qua có mức năng lượng đạt được cao hơn nhóm không bị sụt cân. Nhóm BN nằm viện 5 ngày sau phẫu thuật có mức năng lượng trung bình đều cao hơn nhóm nằm > 5 ngày. Trong số các chênh lệch về giá trị năng lượng trung bình, chỉ có sự khác biệt giữa trung bình năng lượng mỗi ngày theo phân loại thời gian nằm viện là có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, có tổng số 34 BN đủ tiêu chuẩn để đưa vào phân KPA, trong đó chủ yếu là nam giới, chiếm 73,5%. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng là $57,5 \pm 13,8$ (Từ 24 đến 77 tuổi), trong đó tuổi từ 60 chiếm 55,9%. Đặc điểm này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của ung thư gan với tỉ lệ nam giới chiếm tỉ lệ cao với 69,35% theo GLOBOCAN 2022 [8]. Đặc điểm này cũng tương tự với nghiên cứu trên 53 BN được phẫu thuật gan tại Bệnh viện 108 [9]. Trong nghiên cứu, BN được đánh giá tình trạng dinh

dưỡng bằng bộ công cụ SGA và BMI. Hầu hết BN không có nguy cơ suy dinh dưỡng khi đánh giá bằng bộ công cụ SGA với 94,1% xếp loại A. Tỉ lệ suy dinh dưỡng theo BMI chiếm tỉ lệ thấp với 8,8%, thừa cân là 17,7%. Tỉ lệ sụt cân trong 6 tháng gần đây chiếm 35,3%. Tỉ lệ BN phẫu thuật gan có nguy cơ dinh dưỡng thấp trong nghiên cứu này là do những BN ung thư gan có thể được phẫu thuật triệt căn thường là ở giai đoạn sớm, khả năng năng hoạt động bù của những mô gan khỏe mạnh tương đối tốt nên khi

có khối u thì ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của BN chưa nhiều. Hầu hết BN nằm viện > 5 ngày sau phẫu thuật với 79,4%, số còn lại sẽ ra viện ≥ 7 ngày.

Trong nghiên cứu này, BN sau phẫu thuật đều được tư vấn tăng dần khẩu phần và theo dõi hàng ngày để đánh giá tình trạng dung nạp và thay đổi chế độ ăn cho phù hợp với tình trạng bệnh. Mức năng lượng mà khẩu phần đạt được từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật. Nhìn chung năng lượng tăng dần qua từng ngày, với mức 394,7 kcal/ngày trong ngày đầu tiên, tăng dần đạt 1427 kcal/ngày ở ngày 6,7. Năng lượng trung bình cải thiện nhất từ ngày 1 sang ngày 2 với chênh lệch khoảng 300kcal; ngày thứ 3 tăng chậm hơn với khoảng 130 kcal; Từ ngày thứ 3 trở đi, năng lượng mỗi ngày tăng khá đều; ngày 6 và 7 gần như nhau. Tuy nhiên độ dao động năng lượng mỗi ngày trong nhóm cũng rất lớn. Cho thấy khả năng dung nạp của các BN có sự chênh lệch lớn. Ngày thứ 6, 7 hầu hết BN ăn về chế độ ăn cơm như bình thường nên sự dao động không nhiều. Trung bình năng lượng đạt được cho mỗi ngày nằm viện của BN trung bình đạt $958,4 \pm 277,6$ kcal. Trong quá trình nghiên cứu, nhóm nghiên cứu ghi nhận có một số BN có tình trạng buồn nôn/nôn sau khi bắt đầu tập ăn trở lại, một số BN gặp tình trạng chán ăn nên lượng thực phẩm BN dung nạp không cao. BN thường gặp tình trạng đầy bụng trong những 1-3 ngày đầu sau phẫu thuật. Triệu chứng này cũng cản trở BN dung nạp được hết khẩu phần đã kê đơn. Những nhóm BN này thường sẽ được ăn chế độ mềm (như cháo/bún/phở) cho đến khi tình trạng trên được cải thiện sẽ được chuyển sang chế độ thông thường. BN trong nghiên cứu hầu hết được cho ăn sớm trong vòng 24h sau phẫu thuật, một số BN mổ sớm ngày hôm trước thời gian nhận bữa ăn đầu tiên có thể là sau 25-26h sau phẫu thuật. Hiện tại, hầu như không có

nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới về KPA trên BN sau phẫu thuật gan. So sánh với một số nghiên cứu trên BN phẫu thuật tại các vị trí khác như ổ bụng, đại trực tràng thì năng lượng đạt được từ KPA của BN gan cao hơn. Theo nghiên cứu của Hoàng Việt Bách và cộng sự, KPA được của BN sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng chỉ đạt được khoảng 433 và 533 kcal/ngày ở ngày thứ 3,4 khi đã giảm bớt nuôi dưỡng tĩnh mạch [5]. Trong nghiên cứu này chúng tôi không ghi nhận nuôi dưỡng tĩnh mạch trên BN mà mục tiêu là ghi nhận khẩu phần đường miệng sau phẫu thuật của bệnh nhân. Bởi vậy, kết quả năng lượng đưa vào thấp hơn. Nghiên cứu của Constansia và CS trên BN phẫu thuật ổ bụng (bao gồm cả phẫu thuật gan), năng lượng trung bình mỗi ngày đạt được là 732 kcal/ngày, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [4]. So sánh với nghiên cứu của Phạm Thị Hương Len trên nhóm bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa, tại ngày thứ 6,7 năng lượng đạt được từ KPA đường miệng của nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi đã đạt được gần tương tự như nhóm bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa được hỗ trợ nuôi dưỡng tĩnh mạch và ăn sonde [6]. Điều này chứng minh khả năng dung nạp dinh dưỡng đường miệng của BN sau phẫu thuật gan tốt hơn so với nhóm BN mổ ổ ruột tiêu hóa.

Về tỉ lệ cung cấp năng lượng từ các chất dinh dưỡng theo từng ngày và trung bình mỗi ngày trong suốt thời gian hậu phẫu: Nhìn chung, Glucid là chất cung cấp năng lượng chủ yếu, chiếm từ 49,5% đến 56%. Tỉ lệ cung cấp năng lượng từ Lipid dao động từ 24,9% đến 33,5%. Protein cung cấp năng lượng dưới 20%, cụ thể dao động trong khoảng 15,9% đến 19,2%. Theo khuyến cáo của ESPEN về dinh dưỡng cho bệnh nhân gan nói chung và bệnh nhân phẫu thuật gan nói riêng, protein được khuyến cáo từ 1,2-1,5 g/kg/ngày và năng lượng là từ 30 - 35

kcal/kg/ngày [7]. Tương đương với tỉ lệ protein trong khẩu phần là 13,7-20%. KPA đường miệng của BN trong nghiên cứu của chúng tôi đạt được tỉ lệ protein theo khuyến cáo. Về tỉ lệ Lipid trong khẩu phần, trong khuyến cáo của ESPEN không đưa ra giới hạn về lượng lipid trong chế độ ăn của bệnh nhân gan.

Năng lượng trung bình đạt được qua đường miệng từng ngày phân loại theo nhóm BMI: nhóm BN thừa cân là nhóm ăn kém nhất ở giai đoạn đầu tuy nhiên lại có xu hướng tăng nhanh và bền vững sau đó. Nhóm BN thiếu năng lượng trường diễn có khả năng ăn tốt nhất trong ngày đầu, những ngày sau đó có xu hướng tăng lên tuy nhiên đến ngày thứ 5 mức năng lượng đạt được lại bị giảm đi thành nhóm ăn uống kém nhất. Nhóm có BMI bình thường có mức năng lượng xu hướng tăng ổn định qua mỗi ngày. Qua nghiên cứu này, cho thấy dù nhóm BN có BMI thấp có khả năng ăn uống tốt hơn trong giai đoạn đầu tuy nhiên mức ăn lại không ổn định, đây cũng là một yếu tố cần chú ý trong quá trình chăm sóc dinh dưỡng trên nhóm BN này [10]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra BMI thấp có liên quan tới tăng tỉ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Bởi vậy, với nhóm BN có BMI thấp thì cần chú ý cả chăm sóc tiền phẫu và hậu phẫu.

Tỉ lệ đáp ứng NCNL và protein từ đường miệng so với khuyến cáo của ESPEN trong những ngày đầu sau phẫu thuật gan [7]: Sơ lược cho thấy tỉ lệ đáp ứng được NCNL và đạm những ngày đầu sau mổ đều thấp và có xu hướng tăng dần. Tỉ lệ đáp ứng năng lượng cao hơn so với đáp ứng protein. Tỉ lệ đáp ứng năng lượng tăng vọt từ ngày thứ 4 trở đi và tăng dần khoảng 10% mỗi ngày. Tỉ lệ chất đạm đáp ứng kém hơn và chậm hơn. Tỉ lệ BN đáp ứng được chất đạm tại ngày thứ 4 chỉ chiếm 14,7%, sau đó tăng nhanh và đạt 44,4% tại ngày thứ 6. Tuy nhiên, khi tính trung bình mỗi ngày sau phẫu thuật thì chỉ

2,9% BN đạt được nhu cầu chất đạm, và chỉ 11,8% BN đạt NCNL. Tỉ lệ này tương tự như trong nghiên cứu của Constansia và CS với 82% BN không đạt được NCNL [4]. Trong 3 ngày đầu, tỉ lệ % đáp ứng năng lượng của BN trong nghiên cứu chỉ từ 22,9% đến 44,4%, sau đó tăng dần đạt 81,8% vào ngày thứ 7. So sánh với nghiên cứu của Gillis và cộng sự trên nhóm BN sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng, tỉ lệ % đáp ứng nhu cầu năng lượng cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, với 77% vào ngày 1, 63% vào ngày 2 và 92% vào ngày 3 [3]. Sự chênh lệch lớn vậy có thể là do thực hành dinh dưỡng có sự khác biệt, trong nghiên cứu của Gillis, BN tự do lựa chọn thực phẩm ngay từ ngày đầu, BN có thể lựa chọn thực phẩm như thông thường có đậm độ dinh dưỡng cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN được ăn theo tiến trình tăng dần từ lỏng đến đặc. Đối với nhóm BN bị đầy hơi, buồn nôn, chán ăn nhiều, BN sẽ được cung cấp chế độ ăn mềm lỏng lâu hơn giúp dễ dung nạp. Những nhóm thực phẩm này cung cấp năng lượng thấp hơn so với chế độ cơm thông thường. Trong nghiên cứu này, KPA đường miệng của bệnh nhân đã được tối ưu 5-6 bữa/ngày, tuy nhiên tỉ lệ bệnh nhân đạt được nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị vẫn còn thấp. Do đó, sự hỗ trợ dinh dưỡng tiêu hóa và/hoặc tĩnh mạch là vẫn cần thiết.

Một số yếu tố có liên quan đến năng lượng của khẩu phần 24h sau phẫu thuật của nhóm BN: Nhóm BN < 60 tuổi mặc dù ban đầu đạt được năng lượng kém hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sau đó mức năng lượng tăng dần qua mỗi ngày và vượt qua nhóm từ 60 tuổi. Trung bình đạt được của nhóm trẻ tuổi hơn cao hơn nhóm lớn tuổi. Nhóm BN không có nguy cơ dinh dưỡng (SGA-A) tuy ban đầu năng lượng ăn được kém hơn nhưng sau đó vượt hơn nhóm có nguy cơ dinh dưỡng (SGA-B) và mức trung bình chung mỗi ngày của nhóm

SGA-A cũng cao hơn so với nhóm SGA-B. Trong nghiên cứu của Gillis và cộng sự cũng chỉ ra nhóm có nguy cơ dinh dưỡng (PG-SGA B,C) có mức tiêu thụ năng lượng thấp hơn 40% so với nhóm nuôi dưỡng tốt [6]. Nhóm BN có tình trạng sụt cân trong 6 tháng qua có mức năng lượng đạt được cao hơn nhóm

không bị sụt cân, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nhóm BN nằm viện 5 ngày có mức năng lượng trung bình đều cao hơn nhóm nằm > 5 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, lần nữa khẳng định mối liên quan giữa việc dinh dưỡng tốt và thời gian nằm viện ít hơn.

V. KẾT LUẬN

Khẩu phần 24 giờ của BN phẫu thuật gan trong những ngày đầu sau mổ vẫn còn tỉ lệ cao chưa đạt được nhu cầu khuyến nghị. Đặc biệt trong 5 ngày đầu, trung bình năng lượng khẩu phần của BN vẫn chưa đạt được 75% NCNL theo như khuyến nghị. Để cải thiện được tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh sau phẫu thuật gan cần có thêm các hỗ trợ dinh dưỡng khác như sử dụng thêm dinh dưỡng bổ sung đường uống hoặc hỗ trợ

dinh dưỡng tĩnh mạch nếu cần. Đặc biệt chăm sóc dinh dưỡng cá thể rất cần thiết vì ngoài những BN dung nạp chế độ ăn sau mổ rất tốt thì có những BN dung nạp rất kém thể hiện ở độ dao động năng lượng của KPA là rất lớn. Và để chăm sóc dinh dưỡng cá thể tốt thì không thể thiếu sự phối hợp chặt chẽ giữa các bác sĩ, điều dưỡng và chuyên gia dinh dưỡng trên từng bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229–263.
2. Liu Y and Xue X. Systematic review of perioperative nutritional support for patients undergoing hepatobiliary surgery. *Hepatobiliary Surg Nutr*. 2015;4(5):30412–30312.
3. Gillis C, Nguyen TH, Liberman AS, Carli F. Nutrition adequacy in enhanced recovery after surgery: a single academic center experience. *Nutr Clin Pract*. 2015;30(3):414–419.
4. 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.
5. Bach HV, Thao NT, et al. Nutritional status and diet of preoperative and 7 days postoperative patients with colorectal cancer at National Cancer Hospital 2018-2019. *J Public Health Nutr*. 2020;3(3):235–240.
6. Phạm Thị Hương Len, Nguyễn Lê Tuấn Anh, và cộng sự. 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. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2018;14(4):86–93.
7. Bischoff SC, Bernal W, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in liver disease. *Clin Nutr*. 2020;39(12):3533–3562.
8. Li Q, Ding C, Cao M, et al. Global epidemiology of liver cancer 2022: An emphasis on geographic disparities. *Chin Med J (Engl)*. 2024;137(19):2334–2342.
9. Nguyễn Hồng Trang, Nguyễn Tuấn Anh, Nguyễn Việt Linh và cs. Đánh giá kết quả của phương pháp giảm đau sau mổ đa mô thức trong chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật cắt gan. *Tạp chí Y Dược Lâm sàng* 108.2024;83–91.
10. Benjamin ER, Dilektasli E, Haltmeier T, et al. The effects of body mass index on complications and mortality after emergency abdominal operations: The obesity paradox. *Am J Surg*. 2017; 214(5):899–903.