Nghiên cứu gốc

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ THỜI ĐIỂM KHỞI ĐỘNG NUÔI DƯỠNG QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Thị Thuỷ✉

Bệnh viện K, Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và thời gian khởi động nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa.

Phương pháp: Nghiên cứu quan sát tiến cứu trên 256 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật đường tiêu hóa tại bệnh viện K năm 2024. Phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn, đo chiều cao và cân nặng, đánh giá khẩu phần bằng phương pháp hỏi ghi 24 giờ và lượng dịch truyền.

Kết quả: Tỷ lệ suy dinh dưỡng (BMI <18,5 kg/m^2) ở bệnh nhân khởi động tiêu hóa trong ngày hậu phẫu 3 là 51,4%, trong ngày hậu phẫu 1 là 23,8% và ngày hậu phẫu 2 là 30,8% (p<0,05). Khẩu phần dinh dưỡng 24h đạt được ở nhóm bệnh nhân khởi động tiêu hóa trong ngày hậu phẫu thứ 3, thấp hơn ngày thứ 1 và thứ 2 tại các ngày 1, 2, 3, 4 và 5 sau phẫu thuật (p<0,05).

Kết luận: Khởi động nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa sớm có thể giúp cải thiện khẩu phần dinh dưỡng và việc khởi động nuôi ăn sớm qua đường tiêu hóa làm giảm tình trạng suy dinh dưỡng sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa.

***Từ khóa**: nuôi ăn sớm, khẩu phần dinh dưỡng, ung thư đường tiêu hóa.*

RELATIONSHIP BETWEEN NUTRITIONAL STATUS AND TIME INITIATION OF ENTERAL NUTRITION IN PATIENTS UNDERGOING GASTROINTESTINAL SURGERY AT K HOSPITAL

ABSTRACT

Aims: To identify the relationship between nutritional status and the time of initiation of enteral nutrition.

Methods: A prospective study was conducted on 256 patients undergoing gastrointestinal surgery at K Hospital in 2024. Patients were interviewed directly using a pre-designed questionnaire, their height and weight were measured, and their dietary intake was assessed using a 24-hour dietary recall and volume of fluid intake.

Results: The rate of malnutrition (BMI <18.5 kg/m^2) in patients who initiated enteral nutrition on postoperative day 3, day 1 and day 2 was 51.4, 23.8, and 30.8%, respectively (p<0.05). The 24-hour nutritional intake achieved in the group of patients who initiated enteral nutrition on postoperative day 3 was lower than on days 1 and 2 on days 1, 2, 3, 4, and 5 post-surgery (p<0.05).

✉ Tác giả liên hệ: Trần Thị Thủy
Email: thuytttks@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/993
Nhận bài: 9/1/2026 Chỉnh sửa: 15/1/2026
Chấp nhận đăng: 5/2/2026
Công bố online: 6/2/2026

Conclusion: Early initiation of enteral nutrition can help improve nutritional intake, and early initiation of enteral feeding reduces postoperative malnutrition in patients with gastrointestinal cancer.

Keywords: early feeding, nutritional regimen, gastrointestinal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường tiêu hóa là một trong một trong những nhóm ung thư có tỷ lệ tử vong hàng đầu trên thế giới. Suy dinh dưỡng là một vấn đề phổ biến ở những bệnh nhân này do ảnh hưởng trực tiếp của khối u khi gây chèn ép, rối loạn chuyển hóa làm giảm khẩu phần ăn và khả năng hấp thu dinh dưỡng của người bệnh [1]. Can thiệp dinh dưỡng đã được chứng minh là đem lại sự thay đổi tích cực về các biến chứng, kết quả lâm sàng, thời gian nằm viện của người bệnh sau điều trị [2, 3].

Đối với những bệnh nhân phẫu thuật liên quan đến đường tiêu hóa thì tăng cường hồi phục theo ERAS (Enhanced recovery after surgery)- quy trình chăm sóc phẫu thuật với sự phối hợp đa chuyên khoa đã được áp dụng cả trên thế giới và tại Việt Nam đem lại nhiều lợi ích, giúp bệnh nhân hồi phục sớm hơn, giảm biến chứng hậu phẫu và rút ngắn thời gian nằm viện [4]. Trong đó, việc khởi động tiêu hóa sớm sau phẫu thuật là một yếu tố quan trọng trong ERAS bởi vì nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa giúp làm giảm dị hóa sau phẫu thuật, đẩy nhanh sự hồi phục chức năng đường ruột, giảm nguy cơ biến chứng hậu phẫu [5, 6]. Nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa (hay cho ăn sớm) là việc khởi động đường tiêu hóa trong 24h sau phẫu thuật; ngoài ra, đối với những bệnh nhân nặng có tình trạng hồi sức, huyết động ổn định thì khuyến cáo có thể bắt đầu nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa trong vòng 48h thay vì phải trì hoãn.

Hiện tại, nuôi dưỡng đường miệng sớm trong vòng 24-48 giờ sau phẫu thuật đã được thực hành rộng rãi ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa dưới và lợi ích đã được chứng minh trong trong nhiều thử nghiệm lâm sàng có giá trị cao tại Việt Nam [7, 8]. Một số nghiên cứu đã chứng minh rằng nuôi dưỡng đường miệng sớm là khả thi và an toàn ngay cả khi bắt đầu trong 24 giờ sau phẫu thuật [3, 9]. Tại Việt Nam, một số báo cáo về hiệu quả của nuôi ăn sớm sau phẫu thuật đường tiêu hóa đã được thực hiện, nhưng với lượng cỡ mẫu còn hạn chế và những lo ngại về nguy cơ biến chứng sau mổ dẫn đến người bệnh vẫn phải nhịn ăn sau phẫu thuật cho đến khi trung tiện vẫn còn là thực hành phổ biến. Cùng với đó, khẩu phần dinh dưỡng của người bệnh khi được khởi động tiêu hóa sớm cũng là một vấn đề quan trọng cần được quan tâm vì điều này liên quan trực tiếp tới sự thay đổi thể trạng dinh dưỡng sau phẫu thuật. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và thời gian khởi động nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa, từ đó có thêm dữ liệu giúp các bác sĩ lâm sàng đưa ra quyết định lựa chọn thời điểm tập nuôi ăn cho bệnh nhân ung thư đồng thời có sự đánh giá toàn diện hơn về khẩu phần dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật tiêu hóa.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo dõi dọc từ tháng 5 đến tháng 8 năm 2024 tại Khoa Ngoại bụng 1 bệnh viện K cơ sở Tân Triều trên tất cả các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật ống tiêu hóa bắt đầu từ thời điểm trước khi phẫu thuật. Sau đó người bệnh được đánh giá toàn trạng và hướng dẫn khởi động tiêu hóa (thời điểm khởi động tiêu hóa được quyết định sau khi đã có sự thống nhất với phẫu thuật viên và bác sĩ điều trị chính thay vì ngẫu nhiên người bệnh tự thực hiện). Những bệnh nhân đảm bảo đủ điều kiện nghiên cứu được tiến hành theo dõi, ghi nhận các triệu chứng lâm sàng liên quan đến tiêu hóa, khẩu phần dinh dưỡng 24 giờ theo 3 nhóm người bệnh được khởi động tiêu hóa: Ngày hậu phẫu 1 (24h), ngày hậu phẫu 2 (48h), ngày hậu phẫu 3 (72h). Sau 7 ngày người bệnh được đánh giá lại tình trạng dinh dưỡng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ 256 người bệnh có chỉ định phẫu thuật ống tiêu hóa, thoả mãn tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ tại phẫu thuật tại khoa Ngoại bụng 1 trong thời gian nghiên cứu. *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* trên 18 tuổi; có chỉ định khởi động tiêu hóa trong 24- 72h (sau khi đã có sự thống nhất thời gian bắt đầu khởi động tiêu hóa sớm giữa bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ điều trị chính và bác sĩ dinh dưỡng). *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân khởi động đường tiêu hóa sau ngày hậu phẫu 3 (sau 72h); Bệnh nhân có suy gan, suy thận, suy tim nặng; Bệnh nhân được mổ cấp cứu; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ chế độ dinh dưỡng, bệnh nhân rối loạn ý thức.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bởi dinh dưỡng viên đã được tập huấn thống nhất trước khi tiến hành nghiên cứu. Việc thu thập số liệu được thực hiện theo thiết kế mô tả theo dõi tiến cứu, trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 8 năm 2024. Các đối tượng nghiên cứu được theo dõi và thu thập số liệu hằng ngày từ thời điểm trước phẫu thuật đến 7 ngày sau phẫu thuật. Để kiểm soát sai số, dinh dưỡng viên được đào tạo và giám sát trong suốt quá trình nghiên cứu; sử dụng cùng một biểu mẫu, cùng phương pháp đo và tiêu chuẩn phân loại tình trạng dinh dưỡng cho tất cả các đối tượng. Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra ngay tại thời điểm thu thập nhằm phát hiện và bổ sung các thông tin còn thiếu hoặc không hợp lệ. Dữ liệu sau thu thập được mã hóa, nhập liệu và kiểm tra đối chiếu nhằm hạn chế sai sót trong quá trình xử lý và phân tích số liệu.

Công cụ thu thập thông tin là phiếu điều tra nghiên cứu cấu trúc sẵn, được thiết kế phù hợp với mục tiêu và đặc thù của nghiên cứu. Bộ công cụ thu thập số liệu bao gồm: (1) các thông tin chung về đối tượng nghiên cứu; (2) bảng theo dõi các triệu chứng lâm sàng; (3) đánh giá khẩu phần ăn 24 giờ cho 7 ngày sau phẫu thuật.

Thông tin thu thập gồm: chẩn đoán bệnh, giai đoạn bệnh, phương pháp phẫu thuật, tuổi, giới; Các chỉ số liên quan dinh dưỡng: Chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao), ngày khởi động nuôi dưỡng đường tiêu hóa (ngày hậu phẫu 1,2,3), khẩu phần dinh dưỡng 24h (gồm cả nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa và tĩnh mạch, từ đó tính

mức năng lượng, protein, phần trăm nhu cầu khuyến nghị, phần tram nuôi dưỡng từ đường tĩnh mạch), triệu chứng tiêu hóa.

Các chỉ số nhân trắc học được thu thập theo quy trình thống nhất. Cân nặng của đối tượng được đo bằng cân điện tử Tanita với độ chính xác 0,1 kg; chiều cao được đo bằng thước đo chiều cao với độ chính xác 0,1 cm. Các phép đo nhân trắc được tiến hành ít nhất hai lần, lấy giá trị trung bình để ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu. Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính bằng cân nặng (kg)/chiều cao bình phương (m), và được sử dụng để phân loại tình trạng dinh dưỡng: nhẹ cân (BMI < 18,5); bình thường (18,5 <BMI<25), thừa cân (25≤BMI<30), béo phì (BMI≥30).

Khẩu phần ăn được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu, sử dụng phương pháp hỏi ghi khẩu phần 24 giờ, sử dụng quyển ảnh dùng trong điều tra khẩu phần ăn của Viện Dinh dưỡng Quốc gia nhằm hỗ trợ đối tượng ước lượng chính xác khối lượng thực phẩm tiêu thụ. Bên cạnh đó, thành phần và lượng các loại dịch truyền, dung dịch nuôi dưỡng tĩnh mạch do bác sĩ chỉ định cũng được ghi nhận đầy đủ vào phiếu ghi nhận khẩu phần 24 giờ.

Bảng kế hoạch nuôi dưỡng áp dụng tại khoa Ngoại bụng 1 bệnh viện K

Ngày hậu phẫu	Chế độ khởi động
Thời điểm ban đầu	Nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn
Thời điểm khởi động tiêu hóa: ngày đầu tiên khởi động (đã có sự đồng ý của phẫu thuật viên)	NK01 (nước cháo muối). Số bữa đạt: 3 bữa/ngày (50-100ml/bữa) Kết hợp duy trình dinh dưỡng tĩnh mạch
Thời điểm sau khởi động tiêu hóa ngày 2	NK02 (nước cháo muối đậm độ cao hơn). Số bữa đạt: 3 bữa/ngày (100-150ml/bữa). Kết hợp bổ sung sữa năng lượng chuẩn, đạt 400ml/ngày. Kết hợp duy trì dinh dưỡng tĩnh mạch
Thời điểm sau khởi động tiêu hóa ngày 3- ra ngoại trú hoặc chuyển khoa	BT10 (cháo thịt). Số bữa đạt: 3 bữa/ ngày (200-500ml/bữa) Kết hợp bổ sung sữa năng lượng chuẩn đạt 400ml/ngày. Có hoặc không dịch truyền dinh dưỡng tĩnh mạch

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được mã hóa, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Excel và được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh các chỉ số dinh dưỡng tại các thời điểm theo dõi được thực hiện bằng kiểm định: Test χ^2 để so sánh 2 tỷ lệ, Fisher exact Test nếu tần số lý thuyết dưới 5; T-test để so sánh 2 giá trị trung bình có phân bố chuẩn, Mann-Whitney test với phân bố không chuẩn; Test ANOVA để so sánh nhiều giá trị trung bình phân bố chuẩn và test Kruskal Wallis test để so sánh nhiều giá trị trung bình phân bố

không chuẩn. Đối với phân tích mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan, sử dụng hồi quy tuyến tính hoặc hồi quy logistic tùy theo biến phụ thuộc. Các yếu tố nhiễu tiềm tàng được kiểm soát thông qua phân tích đa biến. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với p < 0,05.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức của bệnh viện K và đã được thông qua kết quả nghiệm thu đề tài cấp cơ sở. Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục tiêu, nội dung, lợi ích và các nguy cơ có thể xảy ra trong quá trình nghiên cứu trước khi tham gia. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối tham gia hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến việc chăm sóc, điều trị hoặc các quyền lợi khác.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. *Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=256)*

Đặc điểm	Ngày hậu phẫu khởi động tiêu hóa			Tổng	p
	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3		
Tuổi	60,4±10,6	61,4±10,7	61,5±9,1	60,9± 10,4	0,532[a]
Giới tính					0,143[c]
Nam	72 (45,9)	61 (38,9)	24 (15,2)	157 (100)	
Nữ	58(58,6)	30 (30,3)	11 (11,1)	99 (100)	
Chẩn đoán					0,002[b]
Dạ dày	29 (35,8)	33 (40,7)	19 (23,5)	81 (100)	
Ruột non	4 (57,1)	3 (42,9)	0 (0)	7 (100)	
Đại tràng	40 (48,7)	32 (39,0)	10 (12,3)	82 (100)	
Trực tràng	57 (66,2)	23 (26,7)	6 (7,1)	86 (100)	
Giai đoạn					0,264[c]
I	20 (15,4)	6 (6,6)	7 (20,0)	33 (12,9)	
II	22 (16,9)	21 (23,1)	5 (14,3)	48 (18,8)	
III	70 (53,8)	46 (50,5)	18 (51,4)	134 (52,3)	
IV	18 (13,9)	18 (19,8)	5 (14,3)	41 (16,0)	

[a] *Test Kruskal wallis test* [b] *fisher exact test* [c] *chi-square test*

Bảng 1 cho thấy: về giới tính, giữa nam và nữ thì thời điểm khởi động tiêu hóa không có sự khác biệt. Về phân nhóm ung thư theo giải phẫu bệnh, nhóm ung thư dạ dày chủ yếu khởi động ngày hậu phẫu 2, nhóm ung thư ruột non và đại trực tràng chủ động khởi động ngày hậu phẫu 1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. *Mối liên quan giữa thời gian khởi động tiêu hóa với một số đặc điểm điều trị lâm sàng (n=256)*

	Ngày 1, n (%)	Ngày 2, n (%)	Ngày 3, n (%)	p
Cách thức phẫu thuật				
Mổ mở	85 (49,4)	63 (36,6)	24 (14,0)	0,551
Nội soi	45 (53,6)	28 (33,3)	11 (13,1)	
Hóa chất tiền phẫu (HCTP)				
Có HCTP	34 (41,0)	35 (42,1)	14 (16,9)	0,053
Không HCTP	96 (55,5)	56 (32,4)	21 (12,1)	
Phương pháp phẫu thuật				
Gần TBDD	26 (41,3)	23 (36,5)	14 (22,2)	0,003
TBDD	2 (15,4)	7 (53,8)	4 (30,8)	
Nối vị tràng	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	
Cắt ĐTT	77 (58,8)	40 (30,5)	14 (10,7)	
HMNT	20 (55,6)	14 (38,9)	2 (5,6)	
Ruột non	4 (57,1)	3 (42,9)	0 (0,0)	

Số liệu trình bày theo tần số (%), giá trị p từ kiểm định Mann whitney U test; TBDD: Toàn bộ dạ dày; ĐTT: Đại trực tràng; HMNT: Hậu môn nhân tạo

Theo Bảng 2: Thời gian khởi động đường tiêu hóa giữa các phương pháp phẫu thuật có sự khác biệt. Trong đó, nhóm bệnh nhân phẫu nối vị tràng có tỷ lệ khởi động ngày hậu phẫu 2 cao nhất; nhóm cắt toàn bộ dạ dày tỷ lệ cao nhất vào ngày 2, sau đó là ngày 3; nhóm phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày, ruột non, đại trực tràng, hậu môn nhân tạo có tỷ lệ khởi động ngày hậu phẫu 1 cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bệnh nhân suy dinh dưỡng theo BMI (<18,5) có tỷ lệ cao nhất ở nhóm khởi động tiêu hóa ngày 3, cao hơn so với những ngày 1,2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05 (Bảng 3).

Bảng 3. *Mối liên quan giữa thời gian khởi động tiêu hóa với tình trạng dinh dưỡng theo BMI trước và sau phẫu thuật (n=256)*

	Tổng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	p
BMI trước phẫu thuật					
<18,5	66 (25,8)	27 (40,9)	25 (37,9)	14 (21,2)	0,063
≥18,5	190 (74,2)	103 (54,2)	66 (34,7)	21 (11,1)	
BMI sau phẫu thuật					
<18,5	77 (30,1)	31 (23,8)	28 (30,8)	18 (51,4)	0,007
≥18,5	179 (69,9)	99 (76,2)	63 (69,2)	17 (48,6)	

Số liệu trình bày theo tần số (%), giá trị p từ kiểm định Chi-square Test

Bảng 4. *Mối liên quan giữa thời gian khởi động tiêu hóa với một số triệu chứng tiêu hóa sau phẫu thuật (n=256)*

Triệu chứng	Ngày 1, n (%)	Ngày 2, n (%)	Ngày 3, n (%)	p
Tiêu chảy				
Có	6 (50,0)	5 (41,7)	1 (8,3)	0,926[a]
Không	124 (50,8)	86 (35,2)	34 (13,9)	
Chướng bụng				
Có	12 (63,2)	4 (21,1)	3 (15,8)	0,387[b]
Không	118 (49,8)	87 (36,7)	32 (13,5)	

Số liệu trình bày theo tần số (%); Giá trị p từ kiểm định [a]Fisher test hoặc [b]Chi-square test

Theo Bảng 4, tỷ lệ bệnh nhân có tiêu chảy gặp cao nhất ở nhóm khởi động tiêu hóa ngày hậu phẫu 1,2. Tương tự, triệu chứng chướng bụng (kém dung nạp tiêu hóa) gặp cao nhất ở những ngày này. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Theo Bảng 5, mức độ sụt cân đạt cao nhất ở nhóm khởi động tiêu hóa 3 (1,4 ± 2,3 kg) sau đó đến ngày 2 (0,1 ± 2,0), thấp nhất ở ngày 1 (0,8 ± 4,1) với p=0,078. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Đánh giá khẩu phần 24h nhận thấy, mức năng lượng đạt được ở nhóm khởi động tiêu hóa sớm 1,2 cao hơn nhiều so với ngày 3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong các ngày hậu phẫu 1 đến hậu phẫu 5 (p<0,05).

Bảng 5. *Mối liên quan giữa thời gian khởi động tiêu hóa với khẩu phần dinh dưỡng trong 7 ngày sau phẫu thuật (n=256)*

Khẩu phần 24h	Thời gian khởi động tiêu hoá			p
	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	
Ngày 1				
Tổng Kcal/ngày	708,4± 228,2	664,0±194,7	637,4±249,1	0,000[1]
Đạt % NCKN30	45,0	43,1	41,9	
Đạt % NCKN35	38,6	37,0	36,0	
% Tĩnh mạch	93,2	100	100	0,000[1]
Ngày 2				
Tổng Kcal/ngày	1228,2± 233,8	714.1±229,7	623,1± 240,7	0,000[1]
Đạt % NCKN30	78,2	46,5	41,1	
Đạt % NCKN35	67,1	39,9	35,2	
% Tĩnh mạch	50,0	89,1	100	0,000[1]
Ngày 3				
Tổng Kcal/ngày	1441,0±239,4	1210.6±238,6	690,6±241,3	0,000[1]
Đạt % NCKN30	91,8	78,5	46,1	
Đạt % NCKN35	78,7	67,3	39,5	
% Tĩnh mạch	39,5	49,4	90,1	0,000[1]

Khẩu phần 24h	Thời gian khởi động tiêu hoá			p
	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	
Ngày 4				
Tổng Kcal/ngày	1429,4±328,1	1387.3± 257,3	1110,9± 234,0	0,000
Đạt % NCKN30	90,5	90,3	74,0	
Đạt % NCKN35	77,6	77,4	63,4	
% Tĩnh mạch	33,4	36,7	42,5	0,001
Ngày 5				
Tổng Kcal/ngày	1344,3± 293,7	1383.2± 287,3	1258,9± 230,8	0,042
Đạt % NCKN30	85,4	90,0	84,2	
Đạt % NCKN35	73,1	77,1	72,1	
% Tĩnh mạch	29,8	31,1	28,8	0,409
Ngày 6				
Tổng Kcal/ngày	1274,9± 270,7	1315.5± 286,6	1271,4± 234,5	0,239
Đạt % NCKN30	80,9	85,3	84,8	
Đạt % NCKN35	69,3	73,1	72,7	
% Tĩnh mạch	26,0	27,2	26,9	0,392
Ngày 7				
Tổng Kcal/ngày	1153,2±260,7	1203.7±316,3	1162,8± 272,0	0,585[1]
Đạt % NCKN30	73,1	77,9	77,8	
Đạt % NCKN35	62,7	66,8	66,7	
% Tĩnh mạch	17,9	20,0	18,1	0,597

Giá trị p từ kiểm định Kruskal wallis test. NCKN30: Khuyến nghị 30 kcal/kg; NCKN35: Khuyến nghị 35 kcal/kg

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng giảm cân ở người bệnh sau phẫu thuật

Mức độ sụt cân trung bình sau 7 ngày phẫu thuật dao động từ 0,1-1,4kg; với nhóm khởi động tiêu hóa ngày 3 có mức giảm cân nhiều nhất với 1,4 kg. Kết quảnày thấp hơn nghiên cứu của Đào Văn Minh trên người bệnh phẫu thuật dạ dày với mức giảm 1,9 kg ở nhóm can thiệp nuôi ăn sớm và 5kg ở nhóm nuôi ăn truyền thống [7]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả phẫu thuật cắt dạ dày, đại trực tràng, ruột non (tỷ lệ dạ dày chỉ chiếm 31,6%, ruột non là 2,8% còn lại là đại trực tràng) còn nghiên cứu của Đào Văn Minh thì chỉ trên dạ dày. Một nghiên cứu của Eiko Takano (2025) đã nhận định rằng những bệnh nhân sau phẫu thuật đường tiêu hóa dưới có mức độ teo cơ và suy dinh dưỡng sau phẫu thuật thấp hơn nhóm đường tiêu hóa trên [10]. Tuy vậy, cả 2 nghiên cứu đều chỉ ra sự chênh lệch mức độ thay đổi cân nặng giữa những người bệnh được khởi động tiêu hóa sớm hơn so với những người muộn hơn. Điều này cũng phù hợp với sinh lý khi việc khởi động tiêu hóa sớm giúp đem lại việc bảo

toàn niêm mạc đường tiêu hóa, đồng thời gia tăng hàng rào miễn dịch, từ đó giúp người bệnh có thể duy trì khả năng hấp thu dinh dưỡng hiệu quả hơn, hồi phục chức năng sinh lý đường tiêu hóa sớm sau phẫu thuật [11, 12].

4.2. Suy dinh dưỡng theo BMI sau phẫu thuật

Nhìn chung vẫn còn gia tăng tình trạng suy dinh dưỡng sau phẫu thuật. Trong đó nhóm bệnh nhân khởi động tiêu hóa ngày hậu phẫu 3 (72h sau phẫu thuật) có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn so với ngày hậu phẫu 1 và 2. Trong nghiên cứu này, khởi động nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa muộn (ngày hậu phẫu 3) liên quan với tỷ lệ suy dinh dưỡng sau mổ theo BMI cao hơn, có thể do giảm mức năng lượng/đạm đạt được trong các ngày đầu, dẫn đến sụt cân nhiều hơn trong tuần đầu. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu quan sát; thời điểm khởi động phụ thuộc quyết định lâm sàng và có thể chịu ảnh hưởng bởi mức độ nặng, loại phẫu thuật, biến chứng sớm, vì vậy cần phân tích đa biến/ghép cặp hoặc nghiên cứu can thiệp để khẳng định quan hệ nhân–quả giữa trì hoãn khởi động đường tiêu hóa và suy dinh dưỡng sau phẫu thuật.

4.3. Các triệu chứng tiêu hóa ở người bệnh sau phẫu thuật

Các triệu chứng tiêu chảy và kém dung nạp (chướng bụng) chưa có sự khác biệt giữa những ngày khởi động tiêu hóa. Mặc dù tỷ lệ tiêu chảy và chướng bụng quan sát thấy cao hơn ở nhóm khởi động tiêu hóa ngày 1, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$), có thể liên quan đến cỡ mẫu nhỏ ở nhóm có triệu chứng và các yếu tố nhiễu lâm sàng. Do đó, kết quả này gợi ý khởi động tiêu hóa sớm là khả thi, nhưng vẫn cần theo dõi dung nạp và chuẩn hóa phác đồ tăng tốc độ/khối lượng nuôi để hạn chế triệu chứng tiêu hóa trong những ngày đầu sau mổ. Kết quả của nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương (2022) với nhận định rằng việc nuôi ăn sớm và nuôi ăn truyền thống không đem lại sự khác biệt về tỷ lệ các triệu chứng tiêu hóa và biến chứng sau phẫu thuật dạ dày [13]. Nghiên cứu của Asif Imran (2024) và nghiên cứu của Aditya vardhan Manda cũng chỉ ra kết quả tương tự với những bệnh nhân có phẫu thuật nối ruột [14, 15, 16].

4.4. Khẩu phần 24h của người bệnh sau phẫu thuật

Việc khởi động tiêu hóa muộn có liên quan đến khẩu phần dinh dưỡng của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân khởi động tiêu hóa ngày 1 thì có mức nuôi dưỡng năng lượng cao hơn nhóm khởi động nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa vào ngày 3 ở hầu hết các ngày sau phẫu thuật (từ ngày 1 đến ngày 5). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hồng khi nhận định mức năng lượng đạt được ở nhóm nuôi ăn tiêu hóa sớm (trong 24h) cao hơn so với nhóm nuôi ăn thường quy (sau 24h) [17]. Tuy vậy, khẩu phần dinh dưỡng ở nhóm người bệnh được khởi động tiêu hóa sớm (trong 24h-48h) chỉ tăng lên đến những ngày hậu phẫu 3,4 sau đó giảm dần cho đến ngày hậu phẫu 7. Nguyên nhân chủ yếu là tổng năng lượng người bệnh nhận từ cả đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch. Trong nghiên cứu này, dù khởi động nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa, do vị trí phẫu thuật trên ống tiêu hóa nên lượng ăn/nuôi qua tiêu hóa vẫn thấp. Khi bắt đầu ăn trở lại, nuôi dưỡng tĩnh mạch thường được giảm nhanh, dẫn

đến tổng năng lượng cung cấp giảm ở các ngày hậu phẫu 5–7. Cụ thể là đến ngày hậu phẫu 7, tỷ lệ mức năng lượng đến từ nuôi dưỡng tĩnh mạch chỉ còn đạt 17,9% ở nhóm khởi động ngày 1, đạt 20,0% ở ngày khởi động 2 và 18,1% ở ngày khởi động 3. Nghiên cứu của Đào Duy Tân (năm 2022) trên người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng ghi nhận tỷ lệ người bệnh được nuôi dưỡng kết hợp giữa đường tiêu hóa và tĩnh mạch chỉ còn đạt 12,3% ở ngày hậu phẫu 7, có đến 83,8% người bệnh chỉ được nuôi dưỡng qua tiêu hóa và mức năng lượng trung bình ghi nhận tại thời điểm này là 1291,6 kcal/ngày [18]. Như vậy việc kết hợp nuôi dưỡng tiêu hóa và tĩnh mạch cần được đánh giá và điều chỉnh liên tục để cung cấp được đầy đủ dinh dưỡng cho người bệnh sau phẫu thuật ống tiêu hóa. Nghiên cứu của La Văn Phú trên nhóm bệnh nhân phẫu thuật đại trực tràng (năm 2024) đã chỉ ra rằng ở ngày hậu phẫu 7, nhóm người bệnh chỉ nuôi dưỡng tiêu hóa đạt 1233 kcal/ngày, còn nhóm kết hợp cả nuôi dưỡng tiêu hóa và tĩnh mạch thì đạt 1585,6 kcal/ngày (nuôi dưỡng từ đường tiêu hóa đạt 980 kcal) [19].

Nghiên cứu cung cấp dữ liệu về thực trạng nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa sau phẫu thuật đường tiêu hóa. Tuy nhiên, dù được khởi động sớm, tổng mức nuôi dưỡng của người bệnh vẫn còn thấp. Vì vậy, cần các nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng tích cực nhằm cải thiện khẩu phần và nâng cao mức đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng cho người bệnh

V. KẾT LUẬN

Thời gian khởi động đường tiêu hóa có liên quan đến khẩu phần dinh dưỡng và tình trạng suy dinh dưỡng sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa. Can thiệp khởi động tiêu hóa sớm để cải thiện khẩu phần dinh dưỡng, có thể giúp giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng sau phẫu thuật mà không làm gia tăng các triệu chứng tiêu chảy hay kém dung nạp.

Tài liệu tham khảo

1. Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. European Journal of Oncology Nursing. 2005;9:S51-S63. doi:10.1016/j.ejon.2005.09.007.
2. Silva FRDM, De Oliveira MGOA, Souza ASR, Figueroa JN, Santos CS. Factors associated with malnutrition in hospitalized cancer patients: a croos-sectional study. Nutr J. 2015;14(1):123. doi:10.1186/s12937-015-0113-1
3. Zhang Y, Tan S, Wu G. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Clinical Nutrition. 2021;40(9):5071. doi:10.1016/j.clnu.2021.07.012.
4. Noba L, Rodgers S, Chandler C, Balfour A, Hariharan D, Yip VS. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Reduces Hospital Costs and Improve Clinical Outcomes in Liver Surgery: a Systematic Review and Meta-Analysis. J Gastrointest Surg. 2020;24(4):918-932. doi:10.1007/s11605-019-04499-0.
5. Yan X, Zhou F xiang, Lan T, et al. Optimal postoperative nutrition support for patients with gastrointestinal malignancy: A systematic review and meta-analysis. Clinical Nutrition. 2017;36(3):710-21. doi:10.1016/j.clnu.2016.06.011.
6. Deftereos I, Kiss N, Isenring E, Carter VM, Yeung JM. A systematic review of the effect of preoperative nutrition support on nutritional status and treatment outcomes in upper gastrointestinal cancer resection. European Journal of Surgical Oncology. 2020;46(8):1423-1434. doi:10.1016/j.ejso.2020.04.008
7. Đào Đức Minh, Đỗ Ngọc Phương, Trần Thị Anh Tường, Phạm Hùng Cường. Đánh giá

hiệu quả can thiệp dinh dưỡng trên bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2020; 5 (2).

8. Đào Mỹ Linh, Nguyễn Thị Phương, Lê Thị Hương, Đỗ Tất Thành. Hiệu quả chăm sóc dinh dưỡng theo tiếp cận ERAS lên sự phục hồi chức năng ruột ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại tràng tại bệnh viện hữu nghị việt đức năm 2021 – 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;517(1). doi:10.51298/vmj.v517i1.3138.
9. Chu Thị Tuyết. 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 năm 2013. [Luận án Tiến sĩ Y học]. Đại học Y Hà Nội. 2015.
10. Takano E, Aritake T, Hashimoto K, et al. Comparison of body composition changes and nutritional status after surgery between older Japanese patients with upper and lower gastrointestinal cancer. The Journal of Aging Research & Lifestyle. 2025;14:100006. doi:10.1016/j.jarlif.2025.100006.
11. Das BC, Haque M, Uddin MS, Nur-E-Elahi Md, Khan ZR. Effect of early and delay starting of enteral feeding in post-pancreaticoduodenectomy patients. Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. 2019;23(1):56. doi:10.14701/ahbps.2019.23.1.56.
12. Wang WY, Chen CW, Wang TJ, Lin KL, Liu CY. Outcomes of early enteral feeding in patients after curative colorectal cancer surgery: A retrospective comparative study. European Journal of Oncology Nursing. 2021;54:101970. doi:10.1016/j.ejon.2021.101970.
13. Nguyễn Thị Phương, Trịnh Thị Thanh Bình, Đỗ Tất Thành và cộng sự. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng theo chương trình eras trên bệnh nhân cắt đoạn dạ dày do ung thư. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 517(1). 2022 . https://doi.org/10.51298/vmj.v517i1.3166.
14. Imran A, Ismail M, Raza AA, Gul T, Khan A, Shah SA. A Comparative Study Between the Early and Late Enteral Nutrition After Gastrointestinal Anastomosis Operations. Cureus. 16(1):e52686. doi:10.7759/cureus.52686.
15. Manda A, Varute PA, Patil AP, Manchikalapudi S, Nadiminti KC. Comparative Study between Early and Standard Period Oral Feeding After Intestinal Surgery. Journal of Contemporary Clinical Practice. 2025;11:853-60. doi:10.61336/jccp/25-08-115.
16. He LB, Liu MY, He Y, Guo AL. Nutritional status efficacy of early nutritional support in gastrointestinal care: A systematic review and meta-analysis. World J Gastrointest Surg. 2023;15(5):953-64. doi:10.4240/wjgs.v15.i5.953.
17. Nguyễn Thị Thúy Hồng, Doãn Ngọc Ánh. Nuôi dưỡng sớm đường tiêu hoá cải thiện khẩu phần ăn và kháng insulin ở trẻ sau phẫu thuật tim bẩm sinh. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2025;192(7):220-8. doi:10.52852/tcncyh.v192i7.3560.
18. Đoàn Duy Tân, Võ Duy Long, Lê Thị Hương. Chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật của 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. 2022; 516 (2). https://doi.org/10.51298/vmj.v516i2.3041.
19. La Văn Phú, Trần Minh Thiện, Đoàn Anh Vũ. Chế độ dinh dưỡng sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện đa khoa thành phố cần thơ năm 2023. Y học Việt Nam. 2024;539(1). https://doi.org/10.51298/vmj.v539i1.9699.