

với giai đoạn trước nhưng tỷ lệ sử dụng bộ công cụ kèm theo vẫn còn thấp. Cần cải thiện các khía cạnh có tỷ lệ hài lòng của người bệnh thấp và khuyến khích các nhóm nghiên cứu sử dụng bộ công cụ do Bộ Y tế ban hành nhiều hơn.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Trí Dũng.** Marketing bệnh viện. Nhà xuất bản Y học; 2010.
2. **Bộ Y tế.** Quyết định số 6858/QĐ-BYT. Quyết định về việc ban hành bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam; 2016.
3. **Bộ Y tế.** Quyết định số 3869/QĐ-BYT. Quyết định

- ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế; 2019.
4. **Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al.** The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Syst Rev. 2021;10(1). doi:10.1186/S13643-021-01626-4
5. **Wells GA, Shea B, O'Connell D, et al.** The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for Assessing the Quality of Nonrandomised Studies in Meta-Analyses. Oxford; 2000.
6. **Bộ Y tế.** Quyết định số 3186/QĐ-BYT. Quyết định ban hành nội dung kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát sự hài lòng người bệnh, nhân viên y tế năm 2022; 2022.

## THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Phạm Thị Lan Phương<sup>1</sup>, Đỗ Tất Thành<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Phương<sup>1</sup>, Chu Thị Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Trần Thị Linh<sup>1</sup>

### TOM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng nuôi dưỡng của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 86 bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 5/2023-3/2024. **Kết quả:** Sau phẫu thuật, trung bình bệnh nhân được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong 6,4 ngày. Thời gian bắt đầu được nuôi ăn đường miệng là 2 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân được nuôi dưỡng đáp ứng NCKN về năng lượng là thấp, đạt gần 75% NCKN ở ngày đầu, Những ngày tiếp theo, năng lượng cung cấp cho bệnh nhân tăng dần sau 7 ngày nhưng chưa đạt nhu cầu khuyến nghị. **Kết luận:** Việc nuôi dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện chưa đáp ứng được so với khuyến nghị dinh dưỡng được đưa ra.

**Từ khóa:** nuôi dưỡng, ung thư đại trực tràng, phẫu thuật.

### SUMMARY

#### CURRENT ALIMENTATION STATUS OF POST-SURGICAL COLORECTAL CANCER PATIENTS AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

**Objective:** To assess the alimentation status of patients after colorectal cancer surgery at Viet Duc University Hospital. **Method:** Cross-sectional descriptive study conducted on 86 colorectal cancer patients at Viet Duc University Hospital from May 2023 to March 2024. **Results:** After surgery, patients received parenteral nutrition for an average of 6.4

days. The time to start oral feeding is 2 days. The rate of patient's nourishment meeting the energy requirement is low, reaching nearly 75% of the recommendation on the first day. In the following days, the energy provided to the patient gradually increases after 7 days but had not reached the recommended energy and macronutrients. **Conclusion:** The nutrition management of patients after colorectal cancer surgery has not met the nutritional recommendations criteria. **Keywords:** Alimentation, colorectal cancer, surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một số lượng lớn các nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ SDD cao tới 31 đến 97% ở những bệnh nhân ung thư. Đặc biệt, với những bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa trong đó có ung thư đại trực tràng, tỷ lệ này thường cao hơn do có ảnh hưởng trực tiếp tới hệ thống tiêu hóa thức ăn, làm giảm việc hấp thu các chất dinh dưỡng dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng của người bệnh. Những bệnh nhân ung thư bị SDD có chỉ định phẫu thuật sẽ có nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn, tăng tỷ lệ chùng, tử vong và thời gian nằm viện kéo dài [1,2].

Gần đây, việc đảm bảo cung cấp dinh dưỡng thích đáng đã trở thành mối quan tâm lớn trong chăm sóc bệnh nhân trước/sau mổ. Hỗ trợ dinh dưỡng giúp cải thiện TTDD và kết quả lâm sàng ở bệnh nhân SDD. Các nghiên cứu hỗ trợ dinh dưỡng đã chứng minh có khả năng giảm tai biến biến chứng và rút ngắn thời gian cũng như chi phí nằm viện. Những bệnh nhân bị SDD nếu được nuôi dưỡng một cách thích hợp trong vòng 7-10 ngày trước mổ thì kết quả phẫu thuật có thể được cải thiện. Dinh dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật là một điểm mấu chốt trong

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lan Phương

Email: phamphuong12a1@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024

quy trình chăm sóc dinh dưỡng theo ERAS. Theo hướng dẫn của ESPEN – Hội dinh dưỡng tĩnh mạch và đường tiêu hóa châu Âu năm 2017, nuôi dưỡng đường miệng sẽ được tiếp tục ngay sau khi phẫu thuật mà không có bất kỳ một sự trì hoãn nào. Bất kỳ sự chậm trễ nào khi tiếp tục chế độ ăn uống bình thường sau khi phẫu thuật đều liên quan đến tăng tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng và chậm hoặc trì hoãn quá trình hồi phục Về nhu cầu năng lượng, bệnh nhân ung thư phẫu thuật được khuyến cáo mức năng lượng dao động trong khoảng 25- 30kcal/kg/ngày tùy thuộc vào tình trạng hiện tại của bệnh nhân. Nhu cầu khuyến nghị cho protein là 1-1,5g/kg/ngày và có thể lên tới 2g/kg/ngày trong trường hợp bệnh nhân ít hoạt động thể lực và có sự hiện diện của tình trạng viêm hệ thống. Với chức năng thận bình thường protein khuyến nghị 2g/kg/ngày được chứng minh là an toàn[3,4]. Tuy nhiên, cần cá nhân hóa khi lập kế hoạch can

thiệp dinh dưỡng, tùy theo khả năng dung nạp, loại phẫu thuật, và những đối tượng đặc biệt.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Đối tượng nghiên cứu tuổi từ 18 tuổi trở lên.

Tất cả đối tượng nghiên cứu phẫu thuật ung thư đại trực tràng có chuẩn bị.

Kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán ung thư đại trực tràng.

Đối tượng nghiên cứu có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 05/2023-03/2024.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

**Biến số nghiên cứu và chỉ tiêu đánh giá:**

<b>Khuyến nghị Bộ Y Tế</b>	
<b>1. Giai đoạn khởi động ruột (1-2 ngày sau mổ)</b>	
NL: 35 – 40 Kcal/kg cân nặng hiện tại/ngày. Protein: 1- 1,2g/kg cân nặng hiện tại/ngày. Lipid: 15- 20% tổng năng lượng. - Nuôi một phần qua đường ruột, phần còn lại nuôi qua đường tĩnh mạch	NL: 300- 500 Kcal/ngày Protein: < 10g/ngày Lipid: < 5g/ngày; Glucid: 50 – 100g/ngày - Số bữa ăn: 6- 8 bữa/ngày. - Ăn lỏng hoàn toàn (nước cháo, nước quả chín)
<b>2. Giai đoạn chuyển tiếp 1 (3-5 ngày sau mổ)</b>	
NL: 35- 40 Kcal/kg cân nặng hiện tại/ngày Protein: 1 – 1,2g/kg cân nặng hiện tại. Lipid: 15 – 20% tổng năng lượng - Nuôi một phần qua đường ruột, phần còn lại nuôi qua đường tĩnh mạch	NL: 700 – 1000 Kcal/ngày Protein: < 25g/ngày; Lipid: < 15g/ngày Glucid: 158 – 225g/ngày - Thực phẩm: gạo, khoai tây, quả chín, sữa đã thủy phân protein và Lipid chuỗi trung bình. Trong các trường hợp đặc biệt, tùy theo độ cắt giảm thể tích hấp thu mà lựa chọn các thực phẩm công thức có chứa các chuỗi peptid, hoặc ở các dạng acid amin và Lipid ở dạng chuỗi trung bình. - Ăn mềm (cháo, súp, sữa, nước quả) - Số bữa ăn: 6 – 8 bữa/ngày
<b>3. Giai đoạn chuyển tiếp 2 (3-5 ngày sau mổ)</b>	
- NL: 35 – 40 Kcal/kg cân nặng hiện tại/ngày. - Protein: 1- 1,2g/kg cân nặng hiện tại. - Lipid: 15- 20% tổng năng lượng	NL: 1200- 1300 Kcal/ngày Protein: 30- 45g/ngày; Lipid: < 20g/ngày Glucid: 250- 330g/ngày Số bữa ăn: 4- 6 bữa/ngày
<b>4. Giai đoạn hồi phục (≥5 ngày sau mổ)</b>	
Năng lượng: 1800- 1900 Kcal/ngày - Protein: 12- 14% tổng năng lượng - Lipid: 15- 25% tổng năng lượng. Acid béo chưa no một nối đôi chiếm 1/3, nhiều nối đôi chiếm 1/3 và acid béo no chiếm 1/3 trong tổng số Lipid	NL: 1800- 1900 Kcal/ngày Protein: < 55 – 65g/ngày; Lipid: < 40 – 50g/ngày Glucid: 275- 325g/ngày Natri: < 2400mg/ngày Nước: 2- 2,5l/ngày - Số bữa ăn: 4- 6 bữa/ngày

**Khuyến cáo của hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng châu Âu:**

- Việc bổ sung dinh dưỡng bằng đường miệng nên được áp dụng sau phẫu thuật nếu

không có vấn đề gây gián đoạn. Mức khuyến nghị A. Đồng thuận mạnh mẽ (đồng ý 90%)

- Năng lượng khuyến nghị: 25-30kcal/kg/ngày. Protein khuyến nghị: 1.5g/kg/ngày.

- Nếu nhu cầu về năng lượng và chất dinh dưỡng không thể được đáp ứng chỉ bằng đường miệng (<50% nhu cầu calo) trong hơn 7 ngày thì nên kết hợp dinh dưỡng tĩnh mạch

Mức độ khuyến nghị GPP/A và đồng thuận mạnh mẽ (đồng ý 100%)

**Quản lý và phân tích số liệu:** Nhập số liệu trên EPIDATA; phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 13.0.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng thẩm định nghiên cứu khoa học của bệnh viện thông qua. Các số liệu nghiên cứu được bảo quản chặt chẽ, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu khoa học, viết báo cáo.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Thông tin chung trước phẫu thuật về đối tượng**

STT	Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Giới	Nam	40	46.51
		Nữ	46	53.49
2	Tuổi	18-39 tuổi	1	1.16
		40-59 tuổi	25	29.07
		≥60 tuổi	60	69.77
		Trung bình	64.14±9.08	
3	Nghề nghiệp	Nông dân	14	16.28
		Viên chức	10	11.63
		Già/Hưu trí	50	58.14
		Nghề khác	12	13.95

**Nhận xét:** Nghiên cứu được tiến hành trên 86 bệnh nhân: 40 nam và 46 nữ. Tuổi trung bình là 64,1±9,08 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm đa số 69.7%. Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm già/hưu trí chiếm 58.14%, theo sau là nhóm nông dân chiếm 16.28%.

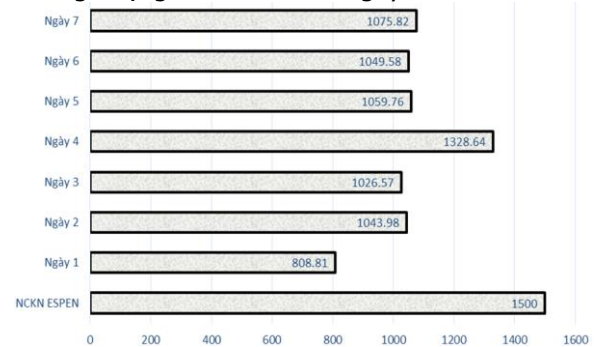
**Bảng 2 Đường nuôi dưỡng của người bệnh sau 7 ngày phẫu thuật**

**Bảng 3. Năng lượng và lượng đạm trong khẩu phần người bệnh trong 7 ngày sau phẫu thuật so với các khuyến nghị**

		Năng lượng n (%)		Protein n (%)	
		ESPEN	Bộ Y Tế	ESPEN	Bộ Y Tế
Ngày 1	Đạt ≥75%	8(9.30)	6(6.98)	7(8.14)	64(74.42)
	Đạt ≥100%	6(6.98)	0	7(8.14)	7(8.14)
Ngày 2	Đạt ≥75%	23(26.74)	5(5.81)	10(11.63)	71(82.56)
	Đạt ≥100%	6(6.98)	0	7(8.14)	8(9.30)
Ngày 3	Đạt ≥75%	24(27.91)	10(11.63)	32(37.21)	75(87.21)
	Đạt ≥100%	6(6.98)	0	10(11.63)	18(20.93)
Ngày 4	Đạt ≥75%	48(55.81)	22(25.58)	46(53.49)	72(83.72)

	Tĩnh mạch		Tĩnh mạch + Đường miệng		Đường miệng	
	n	%	n	%	n	%
Ngày 1	86	100	0	0	0	0
Ngày 2	84	98	0	0	2	2
Ngày 3	65	75	6	7	15	18
Ngày 4	40	47	29	34	17	19
Ngày 5	32	37	32	37	22	26
Ngày 6	27	31	35	41	24	28
Ngày 7	18	21	41	48	27	31

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch trong ngày đầu tiên. Trong 7 ngày sau phẫu thuật, thời gian trung bình bệnh nhân được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (đơn độc hoặc kết hợp) là 6,4 ngày. Tỷ lệ sử dụng đường tĩnh mạch giảm dần trong những ngày sau. Bệnh nhân được nuôi ăn đường miệng sớm nhất vào ngày thứ 2.



**Hình 1. Năng lượng cung cấp 7 ngày sau phẫu thuật so với NCKN của Espen (kcal/kg/ngày)**

**Nhận xét:** Giá trị năng lượng trung bình mà các bệnh nhân nhận được qua đường tĩnh mạch và đường miệng trong suốt 7 ngày sau phẫu thuật. Nhìn chung năng lượng trung bình chưa đạt được 75% NCKN của ESPEN. Xu hướng chung năng lượng tăng dần. Trong 2 ngày đầu, năng lượng cung cấp đạt 808 kcal/ngày và 1043.98 kcal/ngày. Trong những ngày sau, năng lượng tăng ngày 4 đạt 75% và giảm nhẹ các ngày thứ 5, 6, 7.

	Đạt $\geq 100\%$	7(8.14)	0	16(18.60)	39(45.35)
<b>Ngày 5</b>	Đạt $\geq 75\%$	43(50.0)	25(29.07)	51(59.30)	61(70.93)
	Đạt $\geq 100\%$	8(9.3)	0	15(17.44)	49(56.98)
<b>Ngày 6</b>	Đạt $\geq 75\%$	39(45.35)	20(23.26)	51(59.30)	70(81.40)
	Đạt $\geq 100\%$	5(5.81)	0	16(18.60)	51(59.30)
<b>Ngày 7</b>	Đạt $\geq 75\%$	38(44.19)	20(23.26)	43(50.00)	62(72.09)
	Đạt $\geq 100\%$	15(17.44)	0	23(26.74)	43(50.00)

**Nhận xét:** Tỷ lệ khẩu phần của các bệnh nhân đạt được mức NCKN của các tổ chức đưa ra là khác nhau, tuy nhiên đều rất thấp. Tỷ lệ đáp ứng NCKN về năng lượng của ESPEN cao hơn so với tỷ lệ đáp ứng NCKN của Bộ Y tế. Theo từng ngày, tỷ lệ đáp ứng NCKN 100% về năng lượng của ESPEN có xu hướng tăng dần tới ngày thứ 7 (6.98% vào ngày đầu tiên, 17.44% vào ngày thứ 7). Tỷ lệ này theo khuyến nghị của Bộ Y tế thì 100% không đạt nhu cầu năng lượng khuyến nghị. Về protein trong khẩu phần, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng theo NCKN của Bộ Y tế là cao nhất. Theo NCKN về protein của ESPEN, tỷ lệ đáp ứng nhu cầu thấp trong những ngày đầu, và tăng lên từ ngày thứ 5. Theo khuyến nghị của Bộ Y tế, tỷ lệ đáp ứng NCKN cao hơn so với hai khuyến nghị trước, cũng thấp ở những ngày đầu và tăng lên từ ngày thứ 4.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 7 ngày sau phẫu thuật, thời gian trung bình nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (đơn độc hoặc kết hợp là 6.4 ngày). Đặc biệt trong ngày đầu tiên, 100% bệnh nhân được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoàn toàn. Tỷ lệ sử dụng nuôi dưỡng đường tĩnh mạch giảm dần trong những ngày sau. Bệnh nhân được nuôi ăn đường miệng sớm nhất vào ngày thứ 2. Thời gian bắt đầu cho ăn ở nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với kết quả của Nguyễn Thị Thanh trên cùng nhóm đối tượng nghiên cứu[5]. Thời gian trung bình bắt đầu nuôi ăn đường miệng trong nghiên cứu của Lương Đức Dũng là khác nhau giữa các vị trí phẫu thuật, trong đó nhóm bệnh nhân phẫu thuật đại tràng có thời gian bắt đầu ăn lại trung bình là 4,3 ngày, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi[6,7].

Tỷ lệ chỉ nuôi ăn bằng đường miệng chiếm tỷ lệ thấp, vào ngày thứ 2 chỉ có 2 trường hợp (chiếm 2%), tỷ lệ tăng dần đến ngày thứ 7 (chiếm 31%). Tương tự với nghiên cứu của Lương Đức Dũng, sau phẫu thuật hầu hết các bệnh nhân được nuôi dưỡng kết hợp đường miệng và đường tĩnh mạch[6]. Dịch tiêu hóa tuy vẫn tiết ra kể cả khi không có thức ăn nhưng trong trường hợp được nuôi dưỡng sớm, số lượng và thành phần các enzyme tiêu hóa ở mức tối ưu. Việc cho ăn muộn cũng được chứng minh

là không có lợi cho bệnh nhân. Nửa đời sống của tế bào ruột là 24 giờ, nếu không cho ăn đường ruột sớm thì các tế bào này sẽ có thể bị hoại tử và hệ vi khuẩn đường ruột sẽ thâm lậu qua ruột vào máu. Do đó, can thiệp có tác dụng làm phục hồi nhanh các nhung mao ruột, làm tăng miễn dịch, giảm thẩm lậu vi khuẩn, giảm biến chứng, giảm thời gian nằm viện[3].

Về tổng năng lượng cung cấp từ khẩu phần 7 ngày sau phẫu thuật, nhìn chung năng lượng trung bình đạt gần 70% NCKN của ESPEN. Xu hướng chung, giá trị năng lượng trung bình tăng dần trong 7 ngày tuy nhiên tăng cao nhất vào ngày 4 sau đó giảm nhẹ từ ngày 5 đến ngày 7. Trong 2 ngày đầu, năng lượng cung cấp đạt  $808.81 \pm 440.25$  và  $1043.98 \pm 280.05$  kcal/ngày. Có sự thay đổi như vậy là do khi bệnh nhân bắt đầu ăn được đường miệng thì các bác sĩ bắt đầu giảm dần hoặc cắt nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Khi đó thì nuôi dưỡng đường miệng của bệnh nhân vẫn chưa đáp ứng được NCKN, nên tổng năng lượng từ đường tĩnh mạch và đường miệng còn thấp, chênh lệch lớn với NCKN.

So sánh giữa các nghiên cứu ta thấy có sự khác nhau giữa thực hành nuôi dưỡng ở bệnh nhân UTĐTT và bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa khác. Nhưng nhìn chung thì bệnh nhân đều chưa được nuôi dưỡng đầy đủ theo nhu cầu khuyến nghị. Nuôi dưỡng không đầy đủ ở những bệnh nhân sau phẫu thuật có liên quan với kết quả đầu ra kém ở UTĐTT. Bệnh nhân mất nhiều thời gian để đạt được mức nuôi dưỡng theo nhu cầu khuyến nghị bị sụt cân nhiều hơn và tăng cân lên mức thấp hơn khi họ nhập viện. Bởi vậy, nên tiếp tục hỗ trợ bệnh nhân sau phẫu thuật UTĐTT khi đánh giá khẩu phần ăn của bệnh nhân còn chưa đáp ứng tốt theo NCKN.

Về mặt NCKN năng lượng, tỷ lệ đạt được NCKN của ESPEN là cao nhất, của Bộ Y tế là thấp nhất. Theo NCKN của ESPEN, có từ 9,3% - 44.19% bệnh nhân đạt được  $\geq 75\%$  NCKN năng lượng, từ 6.98% - 17.44% bệnh nhân đạt được  $\geq 100\%$  NCKN. Theo NCKN của Bộ Y tế, chỉ có 6.98% - 23.26% bệnh nhân đạt được  $\geq 75\%$  NCKN, 0% bệnh nhân đạt được  $\geq 100\%$  NCKN. NCKN của ESPEN đưa ra ở mức 25 - 30kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày, trong khi đó khuyến nghị của Bộ Y tế là 35 - 40 Kcal/kg cân nặng

hiện tại/ngày[8,9]. Sự khác biệt này là do khuyến nghị của ESPEN phù hợp với những bệnh nhân ở châu Âu có đặc điểm nhân trắc là tỉ lệ thừa cân béo phì cao, nhu cầu năng lượng cho bệnh nhân giảm đi để tránh tăng tỉ lệ thừa 72 cân béo phì, đây là một yếu tố liên quan với các kết quả đầu ra kém ở những bệnh nhân sau phẫu thuật. Khi áp dụng với người Việt Nam, Bộ Y tế đưa ra khuyến nghị dựa vào cân nặng hiện có của bệnh nhân. Điều này phù hợp với đặc điểm nhân trắc ở những người trưởng thành ở Việt Nam có tỉ lệ thừa cân béo phì không cao, tuy nhiên đối với những đối tượng đã bị thừa cân béo phì, khi áp dụng công thức này sẽ làm cung cấp quá mức nhu cầu cần thiết, dễ gây ra các rối loạn chuyển hóa cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật, trung bình bệnh nhân được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong 6,4 ngày. Thời gian bắt đầu được nuôi ăn đường miệng là 2 ngày. tỉ lệ bệnh nhân được nuôi dưỡng đáp ứng NCKN về năng lượng là thấp, đạt gần 75% NCKN ở ngày đầu, những ngày tiếp theo, năng lượng cung cấp cho bệnh nhân tăng dần sau 7 ngày nhưng chưa đạt NCKN

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huhmann M. và Cunningham R. (2005),

- Huhmann, M.B. & Cunningham, R.S. Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. *Lancet Oncol.* 6, 334-343 .
2. **Abe Vicente M., Barão K., Silva T.D. và cộng sự.** (2013). What are the most effective methods for assessment of nutritional status in outpatients with gastric and colorectal cancer?. *Nutr Hosp*, 28(3), 585-591.
3. **Braga M., Ljungqvist O., Soeters P. và cộng sự.** (2009). ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Surgery. *Clinical Nutrition*, 28(4), 378-386.
4. **Arends J., Bachmann P., Baracos V. và cộng sự.** (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11-48.
5. **Hede P., Sörensson M.Å., Polleryd P., et al.** (2015). Influence of BMI on shortterm surgical outcome after colorectal cancer surgery: a study based on the Swedish national quality registry. *Int J Colorectal Dis*, 30(9), 1201-1207.
6. **Bapuji S.B. and Sawatzky J.-A.V.** (2010). Understanding weight loss in patients with colorectal cancer: a human response to illness. *Oncol Nurs Forum*, 37(3), 303-310
7. **Nguyễn Thị Thanh Hòa** (2018), Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhân ung thư thực quản tại khoa ngoại bụng, bệnh viện K cơ sở tân triều năm 2017-2018, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội
8. **Arends J., Bachmann P., Baracos V. và cộng sự.** (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11-48.
9. **Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn điều trị Dinh dưỡng lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ KÍN MÂM CHÀY BẰNG NẠP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN BÃI CHÁY

Phạm Công Đoàn<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Thùy<sup>2</sup>, Vũ Trường Thịnh<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật gỡ kín mâm chày bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Bãi Cháy tỉnh Quảng Ninh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những bệnh nhân bị gãy kín mâm chày được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Bãi Cháy - Quảng Ninh từ tháng 1 năm 2017 đến hết tháng 10 năm 2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu từ tháng 1/2017 đến 3/2023 được 20 bệnh nhân và tiến cứu từ tháng 4/2023 đến 10/2023 được 15 bệnh nhân. Đánh giá sau mổ vào các thời điểm 1, 3, và 6 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 39,5 ± 14,5. Nam chiếm 68,6%, nữ 31,4%.

Nguyên nhân chính gây nên chấn thương là do tai nạn giao thông chiếm 68,6%. Theo phân loại Schatzker: Gãy kín mâm chày hay gặp nhất trong nghiên cứu là loại VI chiếm tỷ lệ 31,4%. Đường mổ trước ngoài được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 91,4%. Có 34/35 bệnh nhân liền vết mổ kỹ đầu, chỉ 1 trường hợp nhiễm nông (2,9%). Thương tổn phần mềm trên lâm sàng theo Tscherne độ 0, độ 1 (88,6%), độ 2 (11,4%). Thời gian nằm viện trung bình là 10,3 ± 3,4 ngày. Hầu hết bệnh nhân liền xương tốt trên Xquang. Kết quả phục hồi chức năng của khớp gối mức độ tốt và khá chiếm 94,2% theo tiêu chuẩn của Rasmussen. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương gãy kín mâm chày bằng nẹp vít khóa đem lại kết quả nắn chỉnh xương về giải phẫu và phục hồi chức năng tốt. **Từ khóa:** Gãy kín mâm chày, kết hợp xương, nẹp vít khóa.

## SUMMARY

### RESULTS OF SURGERY FOR CLOSED FRACTURE OF THE TIBIAL PLATE WITH LOCKING SCREWS AT BAI CHAY HOSPITAL

**Objectives:** Evaluating the results of closed tibial plateau fracture surgery with locking screws at Bai

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa khu vực Cẩm Phả

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Công Đoàn

Email: bsdoan79@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024