

thức chưa đạt chiếm tỷ lệ 27%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu này Ngô Thị Vân Huyền và cộng sự năm 2018 về "Thực trạng kiến thức về tắc tia sữa của bà mẹ sau sinh tại khoa sản bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên" có 79,2% các bà mẹ có số điểm kiến thức đạt, và 20,8% các bà mẹ có số điểm kiến thức không đạt về tắc tia sữa [4].

V. KẾT LUẬN

Số bà mẹ có kiến thức đạt chiếm tỷ lệ 73,0%; số bà mẹ có kiến thức chưa đạt chiếm tỷ lệ 27,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh** (2022), Báo cáo chuyên môn 12 tháng năm 2022, Quảng Ninh.
2. **Bộ Y tế** (2016), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe sinh sản Trẻ em Vụ Sức khỏe Bà mẹ, chủ biên, Hà Nội, tr. 221-222.
3. **Đỗ Hương** (2020), Tắc tia sữa và những điều nên biết, Sở Y tế Hà Nội, truy cập ngày

10/5/2022, tại trang web https://soyte.hanoi.gov.vn/kham-chua-benh-pho-bien-kien-thuc-y-hoc/-/asset_publisher/4IVkx5Jltnbg/content/tac-tia-sua-va-nhung-ieu-nen-biet#:.

4. **Ngô Thị Vân Huyền, Hoàng Thị Mai Nga và Trần Thị Hương** (2018), "Thực trạng kiến thức về tắc tia sữa của bà mẹ sau sinh tại khoa sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", Tạp chí khoa học và công nghệ đại học Thái Nguyên. 177(01), tr. 177-182.
5. **Lê Thanh Tùng và Vũ Thị Lệ Hiền** (2019), "Chăm sóc sản phụ có bất thường về vú và tiết sữa", trong Đào Thị Hồng Nhung và Cao Văn Anh, chủ biên, Chăm sóc bà mẹ sau đẻ, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
6. **Sulistiyowati, Agus** (2018), "Effectiveness of breast care on the smooth delivery of breast milk", J Nurse Health: Jurnal Keperawatan. 7(2), pp. 121-123.
7. **Vieira, Ana Paula Rodrigues, et al.** (2013), "Motherhood in adolescent and family support: implications in breast care and self-care in postpartum", J Ciênc Cuid Saúde. 12(4), pp. 679-87.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ QUY TRÌNH CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT THEO ERAS TẠI TRUNG TÂM PHẪU THUẬT ĐẠI TRỰC TRÀNG TẦNG SINH MÔN BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2024

Ngô Thị Linh¹, Trịnh Thị Thanh Bình¹,
Đặng Đức Huân¹, Vũ Thu Hà¹, Đỗ Tất Thành^{1,2}

TÓM TẮT

Bệnh nhân trải qua các phẫu thuật có nguy cơ suy giảm dinh dưỡng do các chất dinh dưỡng không được cung cấp thích đáng, các "stress" do phẫu thuật và tiếp theo là tỷ lệ chuyển hóa tăng lên [1]. Với mục tiêu không chỉ giảm thiểu tối đa gánh nặng suy dinh dưỡng mà còn đem lại sự chăm sóc toàn diện trước, trong và sau phẫu thuật, Chương trình Tăng cường phục hồi sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS) ra đời. Năm 2022, với mong muốn đạt được sự hồi phục sớm sau phẫu thuật cho bệnh nhân phẫu thuật, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã xây dựng và ban hành quy trình chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh phẫu thuật theo ERAS. Nội dung quy trình tập trung các vấn đề dinh dưỡng cập nhật theo những khuyến cáo của ERAS cho bệnh nhân phẫu thuật, Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát thực trạng người bệnh phẫu thuật tại trung tâm phẫu thuật đại

trực tràng tầng sinh môn năm 2024 được chăm sóc dinh dưỡng theo quy trình Eras đã ban hành tại bệnh viện. Kết quả cho thấy: 100% NVYT tuân thủ thực hiện sàng lọc đánh giá TTDD cho người bệnh. Tỷ lệ người bệnh được nạp carbohydrate trước phẫu thuật cao: chiếm 87.6%; trong đó: 100% người bệnh được nạp carbohydrate vào buổi sáng trước phẫu thuật, 100% người bệnh được uống nước đường maltodextrin 12.5% trước phẫu thuật. 97.3% bệnh nhân được nuôi dưỡng sớm trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan giữa tuân thủ thực hiện quy trình với thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Nhóm người bệnh có tuân thủ thực hiện nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa có thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm người bệnh không được nuôi dưỡng sớm ($p < 0.05$)

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, Phẫu thuật, Quy trình, ERAS, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

SUMMARY

THE COMPLIANCE WITH THE NUTRITIONAL CARE PROTOCOL FOR SURGICAL PATIENTS BASED ON ERAS AT THE COLORECTAL AND PERINEAL SURGERY CENTER, VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL, IN 2024

Patients undergoing surgery are at risk of

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tất Thành

Email: dotatthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025

malnutrition due to inadequate nutrition, surgical stress, and subsequent increased metabolic rate [1]. With the goal of not only minimizing the burden of malnutrition but also providing comprehensive care before, during, and after surgery, the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program was introduced. In 2022, with the aim of achieving early recovery for surgical patients, Viet Duc Friendship Hospital developed and implemented a nutritional care protocol for surgical patients based on ERAS guidelines. The protocol focuses on updated nutritional practices as recommended by ERAS for surgical patients. Our study investigated the current nutritional care practices for surgical patients at the Colorectal and Perineal Surgery Center in 2024, following the ERAS-based protocol established at the hospital. The results showed that 100% of healthcare workers adhered to nutritional status screening and assessment for patients. A high percentage of patients (87.6%) received preoperative carbohydrate loading, including 100% who consumed carbohydrates on the morning of surgery and 100% who drank a 12.5% maltodextrin solution preoperatively. Additionally, 97.3% of patients received early nutrition within the first 24 hours after surgery. The study also identified a correlation between adherence to the protocol and postoperative hospital stay duration. Patients who adhered to early gastrointestinal nutrition had shorter hospital stays compared to those who did not receive early nutrition ($p < 0.05$).

Keywords: Malnutrition, Surgery, Protocol, ERAS, Viet Duc Friendship Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân trải qua các phẫu thuật tiêu có nguy cơ suy giảm dinh dưỡng do các chất dinh dưỡng không được cung cấp thích đáng, các "stress" do phẫu thuật và tiếp theo là tỷ lệ chuyển hóa tăng lên. Những bệnh nhân bị suy dinh dưỡng 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 [2].

Thuật ngữ "Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật" (ERAS) được đưa vào sử dụng lần đầu tiên vào năm 2002. Mục tiêu của ERAS là đem lại sự chăm sóc toàn diện bệnh nhân trong giai đoạn trước, trong và sau phẫu thuật, nhằm giảm thời gian nằm viện, giảm tỉ lệ biến chứng, thông qua đó giảm chi phí và nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh.

Năm 2022, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức xây dựng và ban hành Quy trình chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh phẫu thuật theo eras QT.10.DD. Mục tiêu của quy trình là hỗ trợ người bệnh, đem lại sự chăm sóc toàn diện bệnh nhân trong giai đoạn trước, trong và sau phẫu thuật nhằm giảm thời gian nằm viện, nâng cao chất lượng điều trị và giảm chi phí, giảm tỉ lệ biến chứng. Một số nội dung chính của quy trình: Sàng lọc, đánh giá TTDD xác định nguy cơ suy

dinh dưỡng; Can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật với người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng; Sử dụng liệu pháp carbohydrate ngay trước phẫu thuật; Nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa đảm bảo nhu cầu năng lượng phù hợp. Quy trình cho thấy sự khác biệt chủ yếu so với quy trình chăm sóc trước đây và được sự đồng thuận thực hiện của các khoa lâm sàng thể hiện trong 2 nội dung: (1) Thay vì cho người bệnh nhịn ăn uống theo thực hành thường quy trước đây, thì người bệnh sẽ được uống 400ml dung dịch maltodextrin 12,5% đến 2 giờ trước phẫu thuật nếu không có chống chỉ định. (2) Người bệnh được rút sonde dạ dày và chỉ định chế độ ăn sớm trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật. Đây cũng là 2 điểm mấu chốt tạo ra những ảnh hưởng rất lớn tới khả năng phục hồi chức năng ruột của bệnh nhân, đem lại hiệu quả chăm sóc dinh dưỡng tối ưu mà quy trình hướng đến.

Để tìm hiểu về thực trạng triển khai quy trình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Thực trạng người bệnh phẫu thuật tại trung tâm phẫu thuật đại trực tràng tăng sinh môn năm 2024 được chăm sóc dinh dưỡng theo quy trình Eras*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh nhập viện phẫu thuật theo kế hoạch tại Trung tâm phẫu thuật đại trực tràng – tăng sinh môn Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh trên 18 tuổi và có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Người bệnh được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:**

Người bệnh có chỉ định mổ cấp cứu.

Người bệnh đang trong một số tình trạng nặng: sốc, viêm phúc mạc, nhiễm trùng huyết, suy hô hấp,...

Người bệnh có chống chỉ định nạp carbohydrate trước phẫu thuật theo hướng dẫn trong quy trình QT.10.DD: bệnh trào ngược dạ dày thực quản, đái tháo đường, rối loạn ruột, tắc ruột,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 tới tháng 12 năm 2024

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm phẫu thuật Đại trực tràng – tăng sinh môn Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ người bệnh nhập viện phẫu thuật thỏa mãn tiêu chuẩn trong vòng 3 tháng (từ tháng 8 tới tháng 10/2023). Cỡ

mẫu thu được là 113 người bệnh.

Biến số/chỉ số nghiên cứu:

Thông tin chung của ĐTNC: tuổi, giới, chẩn đoán bệnh

Thông tin nhân trắc của ĐTNC: cân nặng lúc vào viện, cân nặng lúc ra viện, chiều cao.

Thời gian vào viện, thời gian phẫu thuật, thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hóa sau phẫu thuật, thời gian ra viện

Tỉ lệ người bệnh được sàng lọc đánh giá TTDD.

Tỉ lệ người bệnh được đo cân nặng khi vào viện.

Tỉ lệ người bệnh được đo chiều cao khi vào viện

Tỉ lệ người bệnh được nạp carbohydrate trước phẫu thuật

Thời gian người bệnh được nạp carbohydrate trước phẫu thuật

Số ml carbohydrate người bệnh được nạp

Thời gian người bệnh được nuôi dưỡng đường tiêu hóa sau phẫu thuật: trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật/ sau 24 giờ phẫu thuật

Mối liên quan giữa tuân thủ thực hiện quy trình với thời gian nằm viện.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Công cụ thu thập số liệu: bộ câu hỏi được thiết kế sẵn phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Thông tin sẽ được ghi nhận từ trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, kết hợp với quan sát, phỏng vấn bệnh nhân/người nhà bệnh nhân và nhân viên y tế theo bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn

Xử lý số liệu: Số liệu sẽ được làm sạch và được nhập bằng phần mềm Epidata, sau đó sẽ được xử lý bằng phần mềm STATA 12.0. Số liệu được phân tích định lượng, thể hiện qua tần suất và phần trăm.

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

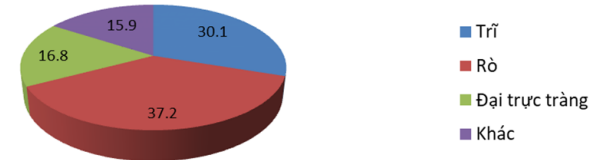
Bảng 3.1. Thông tin chung của ĐTNC

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	76	67.3
	Nữ	37	32.7
	Tổng	113	100.0
Tuổi trung bình		44.0±1.4	
Cân nặng (kg)		61.6±1,0	
Chiều cao (cm)		164.1±0.7	
BMI (kg/m ²)		22.7±0.3	

Nhận xét: Trong tổng số 113 ĐTNC, có 76 người bệnh là nam chiếm 67.3%, 37 người bệnh là nữ chiếm 32.7%. Trung bình độ tuổi là

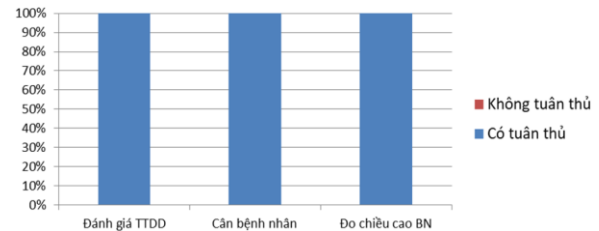
44.0±1.4tuổi. Cân nặng trung bình của ĐTNC là 61.6±1,0. Chiều cao trung bình là 164.1±0.7; BMI trung bình là 22.7±0.3.

Phân loại bệnh



Hình 3.1. Phân loại bệnh của ĐTNC

Nhận xét: Người bệnh rò chiếm tỉ lệ cao nhất, chiếm 37.2%, tiếp theo đến người bệnh trĩ chiếm 30.1%, tỉ lệ người có bệnh lý đại trực tràng chiếm 16.8%, người bệnh có bệnh lý khác chiếm 15.9%.



Hình 3.2. Thực trạng tuân thủ thực hiện sàng lọc đánh giá TTDD cho NB nhập viện của NVYT

Nhận xét: 100% NB nhập viện được NVYT thực hiện sàng lọc dinh dưỡng khi nhập viện. 100% NB nhập viện phẫu thuật đều được cân và đo chiều cao.

Bảng 3.2. Thực trạng tuân thủ của NVYT trong hướng dẫn thực hành nạp carbohydrate trước phẫu thuật cho NB

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
NB có được nạp carbohydrate trước phẫu thuật	Có	99	87.6
	Không	14	12.4
Thời điểm NB được nạp carbohydrate trước PT	Sáng ngày PT	99	100
	Trưa ngày PT	0	0
	Tối ngày PT	0	0
Số ml carbohydrate (đường maltodextrin 12.5%) được nạp	400ml	99	100
	Số khác	0	0

Nhận xét: Trong tổng số 113 người bệnh, chỉ có 99 NB được nạp carbohydrate trước phẫu thuật chiếm 87.6%, 14 NB không được nạp carbohydrate trước phẫu thuật chiếm 12.4%. 100% NB được nạp carbohydrat vào buổi sáng ngày phẫu thuật. 100% NB được nạp 400ml dung dịch carbohydrate (đường maltodextrin 12.5%).

Bảng 3.3. Thực trạng tuân thủ nuôi dưỡng đường tiêu hóa cho NB sau phẫu thuật của NVYT

Bệnh nhân được nuôi dưỡng đường tiêu hóa	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật	110	97.3
Sau phẫu thuật 24 giờ	3	2.7

Nhận xét: 110 người bệnh (chiếm 97.3%) được nuôi dưỡng đường tiêu hóa trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật. Chỉ có 3 NB chiếm 2.7% được nuôi dưỡng sau phẫu thuật 24 giờ.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tuân thủ thực hiện quy trình với thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Tuân thủ thực hiện	Thời gian nằm viện (ngày)	p
Nạp carbohydrate trước phẫu thuật	Có	6.6±4.4
	Không	7.4±5.7
Nuôi dưỡng đường tiêu hóa trong 24 giờ đầu sau mổ	Có	7.1±5.8
	Không	12.3±4.5
Trung bình	7.3±5.6	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của NB trong nghiên cứu là 7.3±5.6 ngày.

Về nạp carbohydrate trước phẫu thuật: Nhóm có tuân thủ nạp carbohydrate trước phẫu thuật có thời gian nằm viện ngắn hơn (6.6±4.4 ngày) nhóm không tuân thủ carbohydrate trước phẫu thuật (7.4±5.7 ngày). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$)

Về nuôi dưỡng đường tiêu hóa trong 24 giờ đầu sau PT: Nhóm có tuân thủ có thời gian nằm viện ngắn hơn (7.1±5.8 ngày) nhóm không tuân thủ (12.3±4.5 ngày). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$)

IV. BÀN LUẬN

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, việc thực hiện sàng lọc dinh dưỡng cho bệnh nhân nhập viện đã được triển khai áp dụng thành thường quy tại các khoa lâm sàng từ năm 2020. Nếu kết quả sàng lọc đánh giá TTDD là không có nguy cơ suy dinh dưỡng thì sau nhập viện, người bệnh sẽ được theo dõi lại định kỳ. Còn với người bệnh có kết quả là có nguy cơ suy dinh dưỡng theo như hướng dẫn trong phụ lục của quy trình QT.10.DD, người bệnh sẽ cần được can thiệp dinh dưỡng phù hợp trước phẫu thuật. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi: 100% nhân viên y tế mà cụ thể là điều dưỡng tại trung tâm Phẫu thuật đại trực tràng tăng sinh môn tuân thủ việc thực hiện sàng lọc đánh giá TTDD cho người bệnh khi nhập viện: thực hiện sàng lọc dinh dưỡng cho người bệnh, có thực hiện đo chiều cao và đo cân nặng cho người bệnh khi nhập

viện. Có thể thấy qua nhiều năm thực hiện, với sự ủng hộ của ban lãnh đạo bệnh viện, các khoa phòng ban và các khoa lâm sàng, thực hành chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh đã được quan tâm hơn, góp phần nâng cao chất lượng điều trị của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Nhịn ăn trước và sau phẫu thuật là cần thiết để ngăn ngừa viêm phổi do hít, buồn nôn, nôn mửa và khó nuốt. Tuy nhiên, nhịn đói kéo dài làm gia tăng cảm giác khó chịu của NB như khát nước, đói bụng, lo lắng, và mệt mỏi, đồng thời làm trầm trọng thêm tình trạng kháng insulin. Những hướng dẫn của hiệp hội ERAS cho thấy việc sử dụng carbohydrate trước phẫu thuật từ 2–3 giờ đối với các dung dịch trong trước khi gây mê là an toàn, không làm tăng tỉ lệ biến chứng, và mang lại nhiều hiệu quả. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 99 người bệnh được nạp carbohydrate trước phẫu thuật, chiếm 87.6%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Beijing Jishuitan Trung Quốc do Zhi-jian Sun và cộng sự thực hiện trên đối tượng bệnh nhân gãy xương với tỉ lệ 71.6% người bệnh được nạp carbohydrate trước phẫu thuật [3]. Tuy nhiên, vẫn còn một tỉ lệ nhỏ (12.6%) người bệnh chưa được nạp carbohydrate trước phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% người bệnh đều nạp đúng 400ml dung dịch maltodextrin 12.5% theo đúng hướng dẫn của quy trình. Có được kết quả này, có thể là do việc cung cấp thức uống giàu carbohydrate mà cụ thể là đường maltodextrin tại bệnh viện luôn sẵn sàng, tiện lợi, và dễ sử dụng, bệnh nhân và nhân viên y tế dễ chấp nhận. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy 100% bệnh nhân được nạp dung dịch maltodextrin vào buổi sáng sớm ngày phẫu thuật, không có bệnh nhân nào được nạp vào buổi trưa hoặc buổi chiều dù có lịch phẫu thuật muộn. Có thể thấy việc tuân thủ của nhân viên y tế về thời điểm nạp carbohydrat cho bệnh nhân còn chưa được như hướng dẫn trong quy trình, có thể do nhiều lý do như sự không chắc chắn về thời gian bắt đầu ca mổ, số lượng ca mổ theo chương trình và ca mổ cấp cứu lớn, tình trạng quá tải tại bệnh viện,... song việc thực hiện cho người bệnh nạp vào buổi sáng ngày phẫu thuật cũng phần nào giảm được cảm giác đói, cảm giác khát của người bệnh, và đã thay đổi thực hành so với trước đây.

Nhịn ăn sau phẫu thuật đã trở thành thực hành lâm sàng bởi những lo ngại liên quan đến các biến chứng như rò rỉ miệng nổi, tắc ruột sau mổ,... Tuy nhiên, nhu động ruột hoạt động 6-8 giờ sau khi phẫu thuật và khả năng hấp thu

tồn tại ngay cả trong trường hợp không có nhu động ruột bình thường. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng thực tế việc nuôi dưỡng sớm an toàn cho bệnh nhân, giúp nuôi dưỡng và bảo vệ niêm mạc ruột, kích thích sự phục hồi nhu động và chức năng ruột, tránh thủng ruột, nhiễm khuẩn,... Theo hướng dẫn trong quy trình chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh phẫu thuật theo ERAS tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, người bệnh cần được nuôi dưỡng sớm trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 110 bệnh nhân (chiếm 97.3%) được nuôi dưỡng sớm trong vòng 24 giờ sau mổ. Trong đó, nhóm được nuôi dưỡng sớm có thời gian nằm viện ít hơn 5 ngày so với nhóm không được nuôi dưỡng sớm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy bệnh nhân được nạp carbohydrate trước phẫu thuật theo hướng dẫn trong quy trình có thời gian nằm viện ngắn hơn gần 1 ngày so với nhóm không được nạp carbohydrate. Kết quả của chúng tôi cũng gần tương tự kết quả nghiên cứu của Noblet Se và cộng sự trên đối tượng bệnh nhân phẫu thuật đại tràng với số ngày nằm viện là 7.5 ngày, thấp hơn nhóm không được uống carbohydrate trước phẫu thuật 2.5 ngày [4]. Kết quả này một lần nữa khẳng định hiệu quả của việc nạp

carbohydrate trước phẫu thuật giúp giảm thời gian nằm viện của bệnh nhân

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tuân thủ thực hiện quy trình chăm sóc dinh dưỡng theo phẫu thuật ERAS của NVYT tại trung tâm phẫu thuật Đại trực tràng tăng sinh môn cao, cần tiếp tục phát huy và tăng tỉ lệ tuân thủ cho người bệnh nạp carbohydrate đạt 100% nếu không có chống chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tissue fuel and weight loss after injury.** <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1519990/>>, accessed: 10/07/2019.
2. **Czapla M., Juárez-Vela R., Łokieć K. và cộng sự.** (2022). The Association between Nutritional Status and Length of Hospital Stay among Patients with Hypertension. *Int J Environ Res Public Health*, 19(10), 5827.
3. **Sun Z.-J., Sun X., Huo Y. và cộng sự.** (2022). Abbreviated perioperative fasting management for elective fresh fracture surgery: guideline adherence analysis. *BMC Musculoskelet Disord*, 23(1), 688
4. **Noblett S.E., Watson D.S., Huong H. và cộng sự.** (2006). Pre-operative oral carbohydrate loading in colorectal surgery: a randomized controlled trial. *Colorectal Dis*, 8(7), 563–569.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CHỨC NĂNG DÂY THẦN KINH SỐ VII TRONG PHẪU THUẬT U DÂY VIII CÓ ỨNG DỤNG HỆ THỐNG THEO DÕI DÂY THẦN KINH NIM-ECLIPSE TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Liên^{1,2}, Lê Thị Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm chức năng thần kinh mặt trong phẫu thuật u dây VIII có ứng dụng hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ NIM-ECLIPSE. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 21 bệnh nhân u dây VIII phẫu thuật có sử dụng hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ ECLIPSE từ tháng 09/2022 đến 08/2024. Phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả kiểm soát khối u và chức năng thần kinh mặt 1 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ bảo vệ dây thần kinh mặt hoàn toàn sau phẫu thuật 1 tháng là 90,5%, liệt mặt nhẹ mức độ II (9,5%), không có trường hợp nào liệt mặt mức độ

trung bình và nặng. Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u chiếm 28,6%, cắt gần toàn bộ khối u (71,4%), nhóm lấy một phần khối u (0%). **Kết luận:** Sử dụng hệ thống NIM-ECLIPSE trong phẫu thuật u dây VIII giúp bảo vệ chức năng dây thần kinh VII sau phẫu thuật cao. **Từ khóa:** U dây thần kinh số VIII, theo dõi thần kinh trong mổ, phẫu thuật

SUMMARY

EARLY EVALUATION OF FACIAL NERVE FUNCTION OUTCOMES IN VESTIBULAR SCHWANNOMA SURGERY USING THE NIM-ECLIPSE SYSTEM AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Purpose: To evaluate the early outcomes of facial nerve function in vestibular schwannoma surgery using the NIM-ECLIPSE system at National Cancer Hospital. **Subjects and Methods:** This descriptive study on 21 patients with vestibular schwannoma who underwent surgery using the NIM-ECLIPSE system from September 2022 to August 2024. Analyzing clinical and paraclinical characteristics,

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025