

<b>Tiền căn phẫu thuật vú</b>	Không	175 (87,1)
	Lành tính	25 (12,4)
	Ác tính	1 (0,5)
<b>Tiền căn gia đình có ung thư vú</b>	Không	189 (94)
	Thế hệ 1	7 (3,5)
	Thế hệ 2	5 (2,5)
<b>Đặc điểm PARA</b>	Đã từng sanh con từ 22 tuần tuổi	170 (84,6)
	Chưa từng sanh con từ 22 tuần tuổi	31 (15,4)

**Nhận xét:** Phần lớn các trường hợp trong nghiên cứu đến từ các tỉnh thành khác không phải TP.HCM (79,6%) và chủ yếu là người Kinh (99%).

Phần lớn trường hợp không ghi nhận tiền căn phẫu thuật tuyến vú chiếm 87,1%. Tiền căn gia

đình ung thư vú chiếm 94%, các trường hợp có tiền căn gia đình (cả thế hệ 1 và 2) ung thư vú chỉ chiếm 6%. Đa số các trường hợp đã từng sanh con từ 22 tuần tuổi thai (parous), chiếm 84,6%.

**3.3. Môi liên quan giữa nguy cơ ác tính với đặc điểm của tổn thương**

**Bảng 3. Phân bố nhóm tuổi theo tỷ lệ lành-ác**

Tuổi	Ác tính (%)	Lành tính (%)	OR	KTC 95%	P
<45 tuổi	4(3,7)	104(96,3)			
≥45 tuổi	11(11,8)	82(88,2)	3,49	1,07-11,36	0,038

**Bảng 4. Môi liên quan giữa tỷ lệ lành-ác theo đặc điểm trên siêu âm**

Đặc điểm	Ác tính (%)	Lành tính (%)	OR	KTC 95%	P
<b>Hình dạng(*)</b>					
Bầu dục-tròn	11 (5,8)	180 (94,2)	-	-	0,005
Không đều	5 (25)	15 (75)	2,34	1,29 - 4,22	0,005
<b>Bờ tổn thương(*)</b>					
Bờ đều rõ	1 (1,3)	77 (98,7)	-	-	
Bờ không rõ	2 (9,1)	20 (90,9)	7,7	0,66 - 89,26	0,103
Bờ đa cung	7 (8,1)	80 (91,9)	6,74	0,81 - 56,04	0,078
Bờ gấp góc	4 (19,1)	17 (80,9)	18,12	1,9 - 172,48	0,012
Bờ tua gai	2 (66,7)	1 (33,3)	154	6,89 - 3442,5	0,001
<b>Hồi âm sau tổn thương(*)</b>					
Tăng âm	9 (5,9)	144 (94,6)	-	-	
Không đổi	3 (9,4)	29 (90,6)	1,65	0,42 - 6,49	0,47
Bóng âm	3 (23,1)	10 (76,9)	4,8	1,12 - 20,57	0,035
Hỗn hợp	1 (7,7)	12 (92,3)	1,33	0,16 - 11,43	0,793
<b>Dẫn ống tuyến(*)</b>					
Không	11 (6)	173 (94)	-	-	
Có	5 (18,5)	22 (81,5)	3,5	1,13 - 11,25	0,029
<b>Tăng sinh mạch máu(*)</b>					
Không	12 (6,3)	178 (93,7)	-	-	0,047
Có	4 (19,1)	17 (80,9)	3,49	1,01 - 12,01	0,047

(\*): Hồi quy logistic đơn biến; (\*\*): Kiểm định Fisher's

đó và 234 trường hợp được ghi nhận là có tổn thương vú không sờ thấy. Sau khi áp dụng tiêu chí chọn mẫu và loại trừ phù hợp, có 201 bệnh nhân với tổng cộng 211 tổn thương không sờ thấy được đưa vào phân tích.

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu đến từ các tỉnh ngoài TP.HCM (chiếm 79,6%) và 99% là người Kinh. Trong số các tổn thương ác tính, 56,2% nằm ở vú trái và 43,8% ở vú phải. Tỷ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu trước, như nghiên cứu của Maja J.D ghi nhận 55,9% tổn thương ác tính ở vú trái và 44,1% ở vú phải. Một số giả thuyết đã được đưa ra để lý giải sự chênh lệch này, bao gồm yếu tố thuận tay (đa số thuận tay phải nên có thể tự khám bên trái kỹ hơn), sự bất đối xứng tự nhiên giữa hai vú (vú

**IV. BÀN LUẬN**

Với mục tiêu ban đầu là xác định tỷ lệ ác tính trên các bệnh phẩm được sinh thiết, nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn mẫu từ các bệnh nhân có tổn thương vú không sờ thấy trên lâm sàng, được ghi nhận trong phần thăm khám và biên bản hội chẩn chuyên khoa vú. Các trường hợp này bao gồm BI-RADS 4-5 hoặc BI-RADS 3 kèm theo dấu hiệu nghi ngờ trên lâm sàng hoặc có kết quả tế bào học bất thường (có tế bào không điển hình hoặc ác tính). Trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023, có tổng cộng 473 bệnh nhân nhập viện vì bệnh lý u vú. Trong đó, 213 trường hợp có tổn thương vú được phát hiện qua thăm khám lâm sàng, 26 trường hợp có chẩn đoán ác tính xác định trước

trái thường lớn hơn, nhiều mô tuyến hơn), hoặc thói quen cho con bú bên phải làm giảm yếu tố bảo vệ ở vú trái. Tuy nhiên, hiện chưa có bằng chứng đủ mạnh để khẳng định các giả thiết này.

Trong số các tổn thương sinh thiết, 9,5% có kết quả mô học là tăng sản ống điển hình (ADH), một tổn thương được WHO xếp vào nhóm tiền ung thư [7]. Có khoảng 10% trường hợp sinh thiết không phát hiện tổn thương, chỉ ghi nhận mô mỡ hoặc mô tuyến vú bình thường. Để thuận tiện cho việc phân tích, chúng tôi quy ước các trường hợp không ác tính là lành tính. Tỷ lệ tổn thương ác tính được ghi nhận là 7,6%, thấp hơn so với phần lớn các nghiên cứu trước đó. Một số yếu tố có thể góp phần làm giảm tỷ lệ ác tính trong nghiên cứu bao gồm thời điểm thực hiện (năm 2024), khi hoạt động tầm soát ung thư vú và truyền thông cộng đồng được đẩy mạnh. Là một trung tâm phụ khoa lớn tại khu vực phía Nam, Bệnh viện Từ Dũ thường thực hiện thăm khám phụ khoa định kỳ và khảo sát kỹ tổn thương vú đi kèm, nhờ đó nhiều tổn thương nhỏ, không triệu chứng đã được phát hiện và sinh thiết sớm, dẫn đến số lượng lớn các tổn thương lành tính được chẩn đoán. Tuy nhiên, tỷ lệ ác tính thấp (7,6%) không hẳn là một kết quả hoàn toàn tích cực. Số liệu cho thấy có tới 38,4% các tổn thương BI-RADS 3 được chỉ định sinh thiết – một tỷ lệ khá cao, dù chúng tôi đã giới hạn tiêu chí chọn mẫu cho nhóm này. Đồng thời, độ nhạy và độ đặc hiệu của sinh thiết ở nhóm BI-RADS 4–5 lần lượt là 75% và 39,4%, cho thấy hiệu quả phân loại tổn thương vẫn chưa tối ưu.

Đặc điểm siêu âm đóng vai trò quan trọng trong đánh giá nguy cơ ác tính của tổn thương vú không sờ thấy. Hình dạng không đều, bờ tua gai, trục dọc, hồi âm kém hoặc hỗn hợp, bóng âm sau, dẫn ống tuyến và tăng sinh mạch máu là những yếu tố liên quan đáng kể đến nguy cơ ác tính. Ngược lại, tổn thương hình bầu dục/tròn, bờ đều rõ, trục ngang, hồi âm dày hoặc trống và tăng âm sau thường liên quan đến lành tính. Sự khác biệt về tỷ lệ ác tính giữa các nghiên cứu chủ yếu do khác biệt trong tiêu chí chọn mẫu, phân loại BI-RADS và dân số nghiên cứu. Dù một số trường hợp ác tính được phát hiện ở nhóm BI-RADS 1–2 trên nhũ ảnh, siêu âm vẫn đóng vai trò then chốt trong chỉ định sinh thiết. Các đặc điểm siêu âm nghi ngờ kết hợp với yếu tố lâm sàng giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán và phát hiện sớm ung thư vú.

Đáng chú ý, khoảng 10% trường hợp sinh

thiết không tìm thấy tổn thương là một con số đáng lo ngại. Nguy cơ lấy sai vị trí tổn thương có thể bắt nguồn từ nhiều khâu kỹ thuật, như sai lệch trong định vị trước phẫu thuật, di lệch kim định vị khi chuyển mổ, hoặc thao tác chưa chính xác trong quá trình phẫu thuật. Hiện tại, quy trình kỹ thuật tại bệnh viện chưa có bước kiểm tra lại hình ảnh học của bệnh phẩm ngay trong lúc mổ một quy trình mà Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM đã áp dụng nhiều năm qua. Việc kiểm tra bằng siêu âm hoặc nhũ ảnh ngay trên bàn mổ có thể giúp phát hiện việc lấy sai tổn thương, cho phép phẫu thuật viên can thiệp ngay bằng cách cắt rộng hơn để đảm bảo đạt được tổn thương cần thiết. Những phát hiện này góp phần làm rõ tính hợp lý và giới hạn của chỉ định sinh thiết trong nhóm tổn thương vú không sờ thấy, đồng thời là cơ sở để cải thiện quy trình kỹ thuật định vị và sinh thiết tại các cơ sở chưa hoàn thiện quy trình này.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết ghi nhận: Tỷ lệ ác tính là 7,6%. Các yếu tố liên quan tới tăng nguy cơ ác tính, phụ nữ 45 tuổi trở lên. Trên siêu âm: hình dạng không đều, bờ tua gai, bờ gập góc, bóng âm sau tổn thương, dẫn ống tuyến, tăng sinh mạch máu có liên quan đến nguy cơ ác tính ( $p < 0,05$ ). Quy trình kỹ thuật kiểm tra bệnh phẩm bằng hình siêu âm hoặc nhũ ảnh ngay trong cuộc mổ nhằm giảm tỷ lệ sinh thiết không đúng tổn thương.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray, F., 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): p. 229-263.
2. **Uwe Fischer, et al.**, Breast Cancer: Diagnostic Imaging and Therapeutic Guidance. 2018: Thieme.
3. **Ahmed, M., et al.**, Surgical treatment of nonpalpable primary invasive and in situ breast cancer. *Nat Rev Clin Oncol*, 2015. 12(11): p. 645-63.
4. **Lovrics, P.J., et al.**, The relationship between surgical factors and margin status after breast-conservation surgery for early stage breast cancer. *Am J Surg*, 2009. 197(6): p. 740-6.
5. **D'Orsi CJ, S.E., Mendelson EB, Morris EA**, ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. fifth ed. 2013: American College of Radiology.
6. **Thới, T.X.**, Giá trị định vị kim dưới hướng dẫn siêu âm trong xử trí tổn thương vú không sờ thấy 2017, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
7. **H., A.K., et al.**, WHO Classification of Tumours: Breast Tumours. Fifth ed. 2019: International Agency for Research on Cancer (IARC).

# HIỆU QUẢ CAN THIỆP DINH DƯỠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP BỔ SUNG DINH DƯỠNG ĐƯỜNG UỐNG TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG VÀ DẠ DÀY TẠI KHOA NGOẠI TIÊU HÓA BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Thanh Nhân<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Yên<sup>1</sup>,  
Lai Nam Tài<sup>1</sup>, Võ Duy Long<sup>1</sup>, Lâm Vĩnh Niên<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu lâm sàng này nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng bằng phương pháp bổ sung dinh dưỡng đường uống trước và sau phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng và dạ dày tại Khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu lâm sàng can thiệp, nhóm can thiệp bao gồm 80 bệnh nhân ung thư đại trực tràng và dạ dày có nguy cơ suy dinh dưỡng dự kiến nhập viện phẫu thuật, được bổ sung sản phẩm dinh dưỡng đường uống từ thời điểm ngoại trú đến khi nhập viện phẫu thuật, sau mổ bệnh nhân tiếp tục được cung cấp ONS cho đến khi xuất viện. **Kết quả:** Nhóm can thiệp cải thiện cân nặng từ  $51,6 \pm 8,0$  kg lên  $52,2 \pm 8,1$  kg ( $p < 0,001$ ) và chỉ số prealbumin máu từ  $25,4 \pm 6,2$  mg/dL lên  $26,4 \pm 6,6$  mg/dL ( $p = 0,049$ ) từ thời điểm bắt đầu nghiên cứu so đến khi nhập viện trước phẫu thuật. Đồng thời nhóm can thiệp có thời gian nằm viện ( $10,7 \pm 3,4$  ngày) ngắn hơn so với nhóm chứng ( $12,7 \pm 5,4$  ngày,  $p = 0,002$ ). **Kết luận:** Bổ sung dinh dưỡng đường uống cho bệnh nhân trước và sau phẫu thuật giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật và góp phần giảm thời gian nằm viện ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng và dạ dày có nguy cơ suy dinh dưỡng. **Từ khóa:** Nguy cơ dinh dưỡng, Dinh dưỡng bổ sung đường uống (ONS), Dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật

## SUMMARY

### EFFICACY OF ORAL NUTRITIONAL SUPPLEMENTATION BEFORE AND AFTER SURGERY IN PATIENTS WITH COLORECTAL AND GASTRIC CANCER AT THE DEPARTMENT OF GASTROINTESTINAL SURGERY, UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

**Objective:** This clinical study aims to evaluate the effectiveness of oral nutritional supplementation before and after surgery in patients with colorectal and gastric cancer at the Department of Gastrointestinal Surgery, University Medical Center, Ho Chi Minh City. **Methods:** This was an interventional

clinical study. The intervention group included 80 patients with colorectal and gastric cancer at risk of malnutrition who were scheduled for surgery. They received oral nutritional supplements (ONS) from the outpatient stage until hospital admission for surgery, and continued to receive ONS postoperatively until discharge. **Results:** The intervention group showed an improvement in body weight from  $51,6 \pm 8,0$  kg to  $52,2 \pm 8,1$  kg ( $p < 0,001$ ) and an increase in serum Prealbumin levels from  $25,4 \pm 6,2$  mg/dL to  $26,4 \pm 6,6$  mg/dL ( $p = 0,049$ ) from study initiation to preoperative hospital admission. Additionally, the intervention group had a shorter hospital stay ( $10,7 \pm 3,4$  days) compared to the control group ( $12,7 \pm 5,4$  days,  $p = 0,002$ ). **Conclusion:** Oral nutritional supplementation before and after surgery helps improve preoperative nutritional status and contributes to reducing hospital stay in malnourished patients with colorectal and gastric cancer.

**Keywords:** nutritional risk, oral nutritional supplementation (ONS), preoperative and postoperative nutrition

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và tỉ lệ ung thư trên toàn thế giới đang có xu hướng tăng lên. Theo thống kê của Globocan [1] nếu như vào năm 2020 có gần 20 triệu trường hợp ung thư thì dự đoán đến năm 2040 con số này có thể lên đến gần 30 triệu ca, đồng thời ung thư sẽ gây ra 16 triệu trường hợp tử vong so với 9 triệu ca tử vong vào năm 2020. Phẫu thuật là một trong những phương pháp điều trị chính trong ung thư, tuy nhiên tình trạng suy dinh dưỡng trước mổ sẽ làm tăng biến chứng và tử vong sau mổ [2]. Hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ bằng cách sử dụng sản phẩm bổ sung dinh dưỡng đường uống (ONS) được cho là cải thiện cân nặng trước mổ, giảm biến chứng sau mổ, giảm thời gian nằm viện [3]. Do đó theo hướng dẫn của Hiệp hội phục hồi sớm sau phẫu thuật của ung thư đại trực tràng và ung thư dạ dày, bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật chương trình cần được tầm soát, đánh giá dinh dưỡng và can thiệp dinh dưỡng trước mổ ở những bệnh nhân có nguy cơ. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Hồng Loan và cộng sự [2] thực hiện vào năm 2017 tỉ lệ suy dinh dưỡng

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Vĩnh Niên

Email: nien.lv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

trước mổ ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng, dạ dày, thực quản lần lượt là 52%, 42%, 6%.

Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (BV ĐHYD TPHCM) tỉ lệ suy dinh dưỡng trước mổ ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng năm 2019 là 37,7% theo phân loại SGA. Tâm soát và can thiệp dinh dưỡng trước mổ đã được đưa vào quy trình điều trị thường quy. Tuy nhiên do quy trình đánh giá dinh dưỡng ngoại trú chưa được triển khai đồng bộ nên công tác tâm soát và can thiệp dinh dưỡng trước mổ chỉ được thực hiện ở những bệnh nhân nhập viện, do đó nhóm bệnh nhân được lên kế hoạch nhập viện để phẫu thuật chương trình chưa được nhận diện nguy cơ suy dinh dưỡng và can thiệp dinh dưỡng đúng cách từ thời điểm ngoại trú. Vì thế nghiên cứu lâm sàng này nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng bằng phương pháp bổ sung dinh dưỡng đường uống trước mổ từ thời điểm ngoại trú đến lúc nhập viện và duy trì cho đến khi bệnh nhân xuất viện sau phẫu thuật đối với kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng và dạ dày có nguy cơ suy dinh dưỡng dự kiến phẫu thuật chương trình tại Khoa Ngoại tiêu hóa BV ĐHYD TPHCM.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng này nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng bằng phương pháp bổ sung dinh dưỡng đường uống trước và sau phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng và dạ dày tại Khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng can thiệp với nhóm chứng không ngẫu nhiên, để đánh giá hiệu quả can thiệp trước và sau quan sát.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

**2.2.1. Nhóm can thiệp:** Bệnh nhân khám bệnh ngoại trú tại Phòng khám Tiêu hóa Gan mật BV ĐHYD TPHCM được chỉ định nhập Khoa Ngoại tiêu hóa điều trị.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** - Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên dự kiến phẫu thuật dạ dày và đại trực tràng được đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng với NRS-2002  $\geq$  3;

- Bệnh nhân có thể ăn uống qua đường miệng một cách an toàn có thể đứng để đo được chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao), và không đặt máy tạo nhịp;

- Bệnh nhân không dị ứng với bất kỳ thành phần nào của sản phẩm được cung cấp, không được chẩn đoán đái tháo đường, bệnh thận mạn từ độ 4 trở lên, suy gan child C;

- Bệnh nhân không mang thai, hiểu và hợp tác theo hướng dẫn và đồng thuận tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Bệnh nhân không phẫu thuật tại BV ĐHYD TPHCM;

- Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu hoặc bán cấp;

- Thời gian hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ < 7 ngày, thời gian ngoại trú > 3 tuần;

- Bệnh nhân dự kiến cần được nuôi ăn qua ống dạ dày trước phẫu thuật;

- Bệnh nhân tự xuất viện không theo lời khuyên y tế hoặc vì lý do khả năng chi trả.

**2.2.2. Nhóm chứng:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đã từng nằm viện tại Khoa Ngoại tiêu hóa BV ĐHYD TPHCM được đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật với NRS-2002  $\geq$  3 và đã xuất viện được Khoa Dinh dưỡng, Tiết chế (DDTC) đánh giá tình trạng dinh dưỡng trong thời gian từ tháng 4/2023 đến tháng 9/2023.

**2.3. Cỡ mẫu.** Được ước tính theo công thức tính cỡ mẫu để so sánh hai tỉ lệ

$$n_1 = \left( \frac{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + r \cdot p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

$$n_2 = r \cdot n_1$$

Trong đó: N = n1 + n2

Sai lầm loại 1 ( $\alpha$ ): 0,05

Sai lầm loại 2 ( $\beta$ ): 0,15

Tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật ước tính ở nhóm can thiệp (p1): 14,8%

Tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật ước tính ở nhóm chứng (p2): 35,4% [4].

Tỉ số mẫu trong 2 nhóm (r): 1

→ N = 156. Cỡ mẫu làm tròn là 160 mẫu, có 80 bệnh nhân sẽ được tuyển chọn vào nhóm can thiệp và 80 bệnh nhân trong nhóm chứng.

**2.4. Quy trình thực hiện:** Bệnh nhân được hướng dẫn chế độ ăn bình thường và cung cấp ONS theo chỉ định của dinh dưỡng viên có năng lượng từ 400-500 kcal/ngày, hàm lượng đạm là 16-20 g/ngày trong thời gian ngoại trú cho đến khi bệnh nhân nhập viện. Sản phẩm dinh dưỡng cung cấp cho bệnh nhân là Varna Elite đã được Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Sở Y tế Bình Dương cấp phép lưu hành theo số quyết định 06/2023/ĐKSP.

Bệnh nhân được dinh dưỡng viên Khoa DDTC theo dõi tuân thủ điều trị và các tác dụng phụ của sản phẩm bằng cách gọi hoặc nhắn tin qua điện thoại mỗi 3-5 ngày để đánh giá. Sau khi nhập viện bệnh nhân được bếp ăn bệnh viện cung cấp chế độ ăn theo quy trình thường quy do bác sĩ điều trị chỉ định. Bên cạnh đó bệnh nhân được nhân viên Khoa DDTC tiếp tục cung cấp ONS mỗi

ngày giữa các cử ăn. Sau phẫu thuật bệnh nhân tiếp tục được cung cấp ONS giữa các cử ăn từ ngày bệnh nhân có thể bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hóa cho đến khi bệnh nhân xuất viện hoặc khi bệnh nhân không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được tư vấn uống ONS lượng nhỏ và tăng dần giữa các bữa ăn với liều lượng tối đa là 500 ml/ngày.

Kết quả chính sau can thiệp cải thiện thời gian nằm viện, biến chứng nhiễm trùng. Kết quả phụ sau can thiệp cải thiện sức cơ nắm tay, cân nặng, thành phần cơ thể, nồng độ albumin, nồng độ prealbumin. Ở nhóm can thiệp, nghiên cứu viên sẽ thu thập các chỉ số dinh dưỡng vào ngày đầu tiên khi BN được đưa vào nghiên cứu. Sau đó nghiên cứu viên tiếp tục thu thập các chỉ số dinh dưỡng tại các thời điểm sau: trong vòng 24-36 giờ sau khi bệnh nhân nhập Khoa Ngoại tiêu hóa, trước phẫu thuật nếu bệnh nhân trì hoãn

mở ≥ 7 ngày, sau phẫu thuật mỗi 7 ngày hoặc trước xuất viện.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học BV ĐHYD TPHCM theo quyết định số 29/GCN-HĐĐĐ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy: các đặc điểm về nhân trắc như tuổi, giới tính, điểm NRS-2002, tình trạng bệnh lý như bệnh kèm theo, giai đoạn bệnh, phân loại ung thư, phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật, thời gian cho ăn lại sau phẫu thuật của 2 nhóm nghiên cứu đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**3.1. Năng lượng, đạm tiêu thụ từ đường tiêu hóa trong thời gian nằm viện**

**Bảng 1: Năng lượng, đạm tiêu thụ từ đường tiêu hóa trong thời gian nằm viện**

Biến số	Nhóm can thiệp*	Nhóm chứng*	Giá trị p
Năng lượng trước phẫu thuật (kcal) <sup>b</sup>	1801 ± 571	1366 ± 438	<0,001
Đạm trước phẫu thuật (g) <sup>b</sup>	77,7 ± 24,4	59,5 ± 18,2	<0,001
Năng lượng sau phẫu thuật (kcal) <sup>b</sup>	1048 ± 424	847 ± 356	0,007
Đạm sau phẫu thuật (g) <sup>b</sup>	45,0 ± 19,8	35,6 ± 17,0	0,005
Năng lượng tiêu thụ/ trước phẫu thuật (kcal/kg/ngày) <sup>b</sup>	35 ± 11,7	26,5 ± 9,4	<0,001
Đạm tiêu thụ/ trước phẫu thuật (g/kg/ngày) <sup>a</sup>	1,5 ± 0,5	1,2 ± 0,4	<0,001
Năng lượng tiêu thụ/sau phẫu thuật (kcal/kg/ngày) <sup>b</sup>	20,4 ± 8,4	16,4 ± 7,6	0,004
Đạm tiêu thụ/sau phẫu thuật (g/kg/ngày) <sup>a</sup>	0,9 ± 0,4	0,7 ± 0,4	0,003

a: T - Test, b: Mann – Whitney Test; \*Trung bình±Độ lệch chuẩn

**3.2. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật**

**Bảng 2: Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật**

Biến số	Bắt đầu nghiên cứu	Nhập viện	Khác biệt trung bình**	Giá trị p
Cân nặng, TB±ĐLC <sup>a</sup>	51,6 ± 8,0	52,2 ± 8,1	0,62 ± 0,91	<0,001
Khối cơ (kg), TB±ĐLC <sup>a</sup>	40,3 ± 6,6	39,1 ± 6,4	-1,18 ± 1,3	<0,001
Tỉ lệ mỡ cơ thể (%), TB±ĐLC <sup>a</sup>	17,7 ± 8,1	21,0 ± 7,4	3,3 ± 2,5	<0,001
Sức cơ nắm tay (kg), TB±ĐLC <sup>a</sup>	26,9 ± 8,5	26,6 ± 8,3	-0,34 ± 2,8	0,304
Nồng độ albumin trước phẫu thuật (g/L), TB±ĐLC <sup>b</sup>	41,0 ± 3,5	40,3 ± 3,4	-0,66 ± 2,51	0,019
Nồng độ prealbumin trước phẫu thuật (mg/dL), TB±ĐLC <sup>a</sup>	25,4 ± 6,2	26,4 ± 6,6	1,0 ± 4,0	0,049

a: T - Test, b: Wilcoxon Test

Hiệu quả hỗ trợ dinh dưỡng ngoại trú trước phẫu thuật của nhóm can thiệp được mô tả trong bảng 2, cân nặng trung bình tăng 0,62 ± 0,91 kg (p < 0,001), nồng độ prealbumin máu tăng 1 ± 4 mg/dL với p = 0,049. Đối với các chỉ số thành phần cơ thể, bệnh nhân chủ yếu cải

thiện khối mỡ cơ thể với tỉ lệ mỡ tăng 3,3±2,5% (p < 0,001) và song song đó có tình trạng giảm -1,18 ± 1,3kg cơ (p < 0,001), giảm albumin máu -0,66 ± 2,51 g/L (p < 0,05).

**3.3. Chỉ số dinh dưỡng sau phẫu thuật**

**Bảng 3: Chỉ số dinh dưỡng sau phẫu thuật**

Biến số	Nhóm can thiệp*	Nhóm chứng*	Giá trị p
Cân nặng <sup>a</sup>	51,2 ± 7,8	51,8 ± 7,8	0,617
Khối cơ <sup>b</sup>	38,1 ± 6,1	37,3 ± 6,1	0,319
Tỉ lệ mỡ <sup>a</sup>	21,3 ± 7,4	23,4 ± 8,0	0,521
Sức cơ nắm tay <sup>a</sup>	25,9 ± 8,0	23,2 ± 8,1	0,055

Nồng độ albumin sau phẫu thuật (g/L) <sup>b</sup>	33,6 ± 3,7	32,3 ± 4,5	0,123
Thay đổi cân nặng <sup>a</sup>	-1,0 ± 1,34	-0,89 ± 1,52	0,617
Thay đổi khối cơ (kg) <sup>a</sup>	-0,63 ± 1,75	-0,64 ± 1,73	0,242
Thay đổi tỉ lệ mỡ <sup>a</sup>	-0,05 ± 2,5	-0,4 ± 3,9	0,521
Thay đổi sức cơ nắm tay <sup>a</sup>	-0,6 ± 2,9	0,15 ± 4,6	0,277
Thay đổi nồng độ albumin sau phẫu thuật (g/L) <sup>a</sup>	-6,6 ± 2,5	-6,1 ± 3,5	0,361

*a: T - Test, b: Mann – Whitney Test*

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau phẫu thuật các chỉ số nhân trắc bao gồm cân nặng, thành phần cơ thể, sức cơ nắm tay đều giảm không đáng kể và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu.

### 3.4. Cải thiện biến chứng nhiễm trùng và thời gian nằm viện

**Bảng 4: Cải thiện biến chứng nhiễm trùng và thời gian nằm viện**

Biến số	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	Giá trị p
Ngày tiền phẫu, TB±ĐLC <sup>b</sup>	4,3 ± 1,9	5,3 ± 2,4	0,006
Ngày hậu phẫu, TB±ĐLC <sup>b</sup>	6,4 ± 1,9	7,4 ± 2,4	0,03
Ngày nằm viện, TB±ĐLC <sup>b</sup>	10,7 ± 3,4	12,7 ± 5,4	0,002
<b>Sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật, n(%)<sup>c</sup></b>			0,191
Có	26 (57,5)	34 (42,5)	
Không	54 (67,5)	46 (32,5)	
<b>Biến chứng nhiễm trùng, n(%)<sup>c</sup></b>			0,151
Có	17 (21,2)	25 (31,2)	
Không	63 (78,8)	55 (68,8)	
<b>Phân loại biến chứng nhiễm trùng, n<sup>c</sup></b>			0,124
Nhiễm trùng vết mổ và nhiễm trùng không xác định nơi khác	13	14	
Nhiễm trùng tiểu	0	1	
Nhiễm trùng ổ bụng/áp xe có thể kèm hoặc không theo rò	2	5	
Viêm phổi	1	1	
Nhiễm trùng huyết	1	3	
Tử vong	0	1	

*b: Mann – Whitney Test, c: Chi square*

Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm can thiệp là 10,7 ± 3,4 ngày, ngắn hơn 2 ngày so với nhóm chứng (p = 0,002). Tỉ lệ sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật và tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng ở nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 57,5% so với 42,5% và 21,2 % so với 31,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

## IV. BÀN LUẬN

Bổ sung dinh dưỡng đường uống trước phẫu thuật là một trong những biện pháp hỗ trợ dinh dưỡng đơn giản, an toàn và hiệu quả nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư, đặc biệt là ung thư tiêu hóa. Theo hướng dẫn của chương trình Phục hồi sau phẫu thuật nâng cao (ERAS), những bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng cần được tầm soát, đánh giá và can thiệp dinh dưỡng trước mổ. Tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, quy trình này đã được áp dụng, trong đó ONS đóng vai trò như một phần trong chiến lược hỗ trợ dinh dưỡng tiền phẫu hiệu quả. Trong nghiên cứu này, nhóm can thiệp có thời gian tiền phẫu ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (4,3 ± 1,9 ngày so

với 5,3 ± 2,4 ngày; p < 0,001). Kết quả cho thấy ONS giúp cải thiện các chỉ số như cân nặng, nồng độ prealbumin máu, nhưng chưa ghi nhận cải thiện rõ rệt về sức cơ nắm tay và khối cơ. Nguyên nhân có thể do thời gian hỗ trợ dinh dưỡng trung bình chỉ 12,5 ngày và ảnh hưởng của tình trạng dị hóa ở bệnh nhân ung thư làm cản trở tổng hợp khối cơ dù cân nặng có thể cải thiện. [4,5]

Về mặt biến chứng hậu phẫu, nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ nhiễm trùng và sử dụng kháng sinh giữa hai nhóm, khác với kết quả của Dali Sun và cộng sự [6], Pawel Kabata và Smedley [5], những người cho thấy dinh dưỡng đầy đủ trước mổ có thể giảm tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng. Trong nghiên cứu hiện tại, cả hai nhóm đều được đảm bảo nạp năng lượng và đảm bảo đạt khuyến cáo trong thời gian trước mổ, điều này có thể là nguyên nhân dẫn đến không có sự khác biệt về biến chứng. Bổ sung ONS sau phẫu thuật giúp cải thiện năng lượng và lượng đạm ăn vào, phù hợp với các nghiên cứu của Smedley, Keele, S.K.