

thương của giác mạc trước đó, số lượng tế bào nội mô thấp hơn so với những mắt đục TTT tuổi già, ở những mắt này tế bào nội mô vốn đã bị tổn thương khi tổn thương thêm sẽ khó phục hồi hơn, do vậy phủ giác mạc là một biến chứng thường gặp trong phẫu thuật tán nhuyễn TTT trên mắt đồng tử kém giãn.

Nhiều nhà nhãn khoa trên thế giới nhận định rằng, phản ứng màng bồ đào là một trong những biến chứng sớm hay gặp nhất trong phẫu thuật Phaco trên mắt đục TTT với đồng tử kém giãn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại các thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày và 1 tuần, phản ứng viêm và phản ứng màng bồ đào ghi nhận dc lần lượt là 17,4% và 10,9%. Tình trạng viêm hết từ thời điểm 1 tháng thăm khám. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Jei Li 34%, Shingleton BJ 47,8%.[4],[7] Mặc dù Shingleton BJ nhận định rằng không có sự khác biệt giữa kết quả TL tốt nhất, NA và phản ứng viêm sau mổ giữa nhóm đồng tử nhỏ có can thiệp đồng tử và nhóm đồng tử bình thường không can thiệp vào đồng tử khi mổ Phaco, nhưng rất nhiều tác giả nước ngoài cũng như trong nước đều nhận định rằng phản ứng viêm, xuất tiết sau phẫu thuật xuất hiện nhiều hơn trên những mắt có đồng tử kém giãn phải can thiệp làm giãn đồng tử, mặc dù các phản ứng viêm này mất đi sau điều trị nội khoa bằng cortisol 2 tuần.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật phaco kết hợp móc

mống mắt có hiệu quả trên nhóm bệnh nhân có đồng tử kém giãn với tỉ lệ thành công cao, biến chứng sau mổ tối thiểu và thị lực sau mổ phục hồi tốt. Sử dụng móc mống mắt đàn hồi là phương pháp dễ thực hiện, có thể sử dụng linh hoạt trong những trường hợp cần thiết, an toàn và tiện lợi, đặc biệt là chi phí thấp phù hợp với điều kiện kinh tế ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljick, S. and T. L.Breadslay, BCSC.** Basic and Clinical Science course. Chapter 6. Lens And Cataract.
2. **Uy, H.S., F.M. Cruz, and K.R. Kenyon,** Efficacy of a hinged pupil expansion device in small pupil cataract surgery. *Indian Journal of Ophthalmology*, 2021. 69(10): p. 2688-2693.
3. **Tian, J.J., et al.,** Comparison of 2 pupil expansion devices for small-pupil cataract surgery. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 2016. 42(8): p. 1235.
4. **Li, J., et al.,** A self-made disposable iris retractor in small pupil phacoemulsification. *International Journal of Ophthalmology*, 2014. 7(2): p. 288-292.
5. **Malyugin, B.,** Cataract surgery in small pupils. *Indian Journal of Ophthalmology*, 2017. 65(12): p. 1323-1328.
6. **Van den Bruel, A., et al.,** The protective effect of ophthalmic viscoelastic devices on endothelial cell loss during cataract surgery: a meta-analysis using mixed treatment comparisons. *Br J Ophthalmol*, 2011. 95(1): p. 5-10.
7. **Shingleton, B.J., C.A. Campbell, and M.W. O'Donoghue,** Effects of pupil stretch technique during phacoemulsification on postoperative vision, intraocular pressure, and inflammation. *Journal of Cataract and Refractive Surgery*, 2006. 32(7): p. 1142-1145.

KHẨU PHẦN 24 GIỜ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THỰC QUẢN TRƯỚC PHẪU THUẬT MỞ THÔNG DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2024 – 2025

Hoàng Việt Bách¹, Phùng Văn Thái²,
Đào Thị Phúc Thịnh³, Lê Thị Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả khẩu phần 24 giờ và một số yếu tố liên quan tới khẩu phần ăn 24 giờ của người bệnh ung thư thực quản trước phẫu thuật mở thông dạ dày tại Bệnh viện K năm 2024 - 2025. **Phương pháp:**

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Việt Bách

Email: hoangvietbach90@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 96 người bệnh tại khoa Ngoại bụng 1 và Ngoại bụng 2 - Bệnh viện K Tân Triều. **Kết quả:** Trung bình năng lượng khẩu phần chỉ đạt 997 ± 210 Kcal/ngày, với 97,9% người bệnh không đạt nhu cầu khuyến nghị. Về protein, có 70,8% người bệnh không đạt mức khuyến nghị. Thiếu vitamin, chất xơ và các khoáng chất cũng rất phổ biến, đặc biệt tỷ lệ thiếu Canxi, Magie, vitamin D và chất xơ lên tới 100%. Tỷ lệ người bệnh không đạt nhu cầu năng lượng khẩu phần 24 giờ ở nhóm giai đoạn III-IV là 98,9%, cao hơn rõ rệt so với nhóm giai đoạn I-II (0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ không đạt nhu cầu năng lượng tăng theo mức độ nuốt nghẹn, đạt 100% ở nhóm nghẹn độ 2, 98,8% ở độ 1, và không có người bệnh nào thuộc

nhóm không nghẹn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Về protein, tỷ lệ người bệnh không đạt nhu cầu protein ở nam giới là 73,1%, trong khi toàn bộ nữ giới đều không đạt, sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$). Ngoài ra, nữ giới có mức năng lượng và protein trung bình cao hơn nam, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$ và $p = 0,02$).

Kết luận: Phần lớn người bệnh ung thư thực quản trước phẫu thuật mở thông dạ dày không đáp ứng nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, protein, lipid, glucid. Tình trạng thiếu chất xơ, các vitamin và khoáng chất là rất phổ biến.

Từ khóa: khẩu phần 24 giờ; ung thư thực quản; phẫu thuật mở thông dạ dày.

SUMMARY

24-HOUR DIETARY INTAKE AND RELATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH ESOPHAGEAL CANCER PRIOR TO GASTROSTOMY SURGERY AT THE VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2024 – 2025

Objective: To describe the 24-hour dietary intake and related factors among patients with esophageal cancer prior to gastrostomy surgery at the Vietnam National Cancer Hospital in 2024 – 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 96 patients in the Department of Abdominal Surgery 1 and 2 at the Vietnam National Cancer Hospital. **Results:** The average energy intake was only 997 ± 210 Kcal/day, with 97.9% of patients not meeting the recommended dietary allowance. Regarding protein, 70.8% of patients failed to meet the recommended level. Deficiencies in vitamins, fiber, and minerals were also prevalent, especially in calcium, magnesium, vitamin D, and fiber-each with a deficiency rate of 100%. The proportion of patients not meeting the 24-hour energy requirement was significantly higher in stages III-IV (98.9%) compared to stages I-II (0%) ($p < 0.05$). The rate of insufficient energy intake increased with the degree of dysphagia: 100% in grade 2, 98.8% in grade 1, and none in the non-dysphagia group ($p < 0.05$). For protein, 73.1% of male patients did not meet the requirement, while all female patients failed to meet it, with a statistically significant difference between genders ($p = 0.02$). Additionally, females had higher average energy and protein intakes than males, with statistically significant differences ($p = 0.01$ and $p = 0.02$, respectively).

Conclusion: Most patients with esophageal cancer prior to gastrostomy surgery did not meet the recommended intake for energy, protein, lipids, and carbohydrates. Deficiencies in fiber, vitamins, and minerals were also highly prevalent.

Keywords: 24-hour dietary intake; esophageal cancer; gastrostomy surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là loại ung thư phổ biến đứng thứ 8 trong tổng số các loại ung thư và đứng thứ 3 trong ung thư đường tiêu hóa¹. Khối u ảnh hưởng trực tiếp đến tiêu hóa, hấp thu các chất dinh dưỡng, làm giảm khẩu phần ăn vào nên gây ảnh hưởng đến tình trạng

dinh dưỡng của người bệnh với các biểu hiện có thể là sụt cân, suy dinh dưỡng (SDD) nặng hơn là suy mòn². Do tình trạng nuôi dưỡng kém, phần lớn bệnh nhân UTTQ được phẫu thuật mở thông dạ dày để nuôi dưỡng trong suốt quá trình điều trị sau đó. Suy dinh dưỡng có thể dẫn đến suy giảm chức năng miễn dịch, tăng tỷ lệ nhiễm trùng, kéo dài thời gian nằm viện, chi phí y tế cao và tăng tỷ lệ tử vong³. Tại Việt Nam, vai trò của dinh dưỡng trong chăm sóc và điều trị bệnh ung thư ngày càng được quan tâm. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng và nhu cầu cấp thiết trong việc đánh giá và can thiệp dinh dưỡng sớm, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả khẩu phần 24 giờ và một số yếu tố liên quan tới khẩu phần ăn 24 giờ của người bệnh ung thư thực quản trước phẫu thuật mở thông dạ dày tại Bệnh viện K năm 2024 – 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là người bệnh ung thư thực quản có chỉ định phẫu thuật mở thông dạ dày tại khoa Ngoại bụng 1 và Ngoại bụng 2 của Bệnh viện K từ tháng 08/2024 đến tháng 11/2024.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: 96 người bệnh.

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả những người bệnh ung thư thực quản điều trị phẫu thuật mở thông dạ dày thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Biến số và chỉ số

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, xếp loại kinh tế, giai đoạn bệnh, mức độ nuốt nghẹn,...

- Mô tả khẩu phần ăn 24 giờ của người bệnh UTTQ trước phẫu thuật mở thông dạ dày:

+ Năng lượng.

+ Các chất sinh năng lượng: Protein, Lipid, Glucid.

+ Vitamin và khoáng chất.

- Mô tả một số yếu tố liên quan với khẩu phần ăn 24 giờ của ĐTNC: Giới tính, xếp loại kinh tế, giai đoạn bệnh, mức độ nuốt nghẹn, BMI, PG-SGA.

2.5. Kỹ thuật thu thập thông tin. Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu: nghiên cứu áp dụng kỹ thuật thu thập thông tin tại bệnh viện bằng bảng câu hỏi, điều tra và đánh giá khẩu phần ăn 24 giờ của người bệnh bằng hỏi ghi khẩu phần ăn 24 giờ và đối chiếu khối lượng thực phẩm với quyển ảnh

Quy trình nghiên cứu:

- Bước 1: Lựa chọn các người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

- Bước 2: Thu thập thông tin chung, đánh giá các chỉ số nhân trắc của ĐTNC (cân nặng, chiều cao, chu vi vòng cánh tay, BMI), khẩu phần ăn 24 giờ trước thời điểm phẫu thuật.

- Bước 3: Xử lý số liệu và báo cáo kết quả mục tiêu nghiên cứu.

2.6. Phương pháp đánh giá, nhận định kết quả. Theo khuyến cáo của ESPEN năm 2021 về dinh dưỡng cho người bệnh ung thư⁴:

- Năng lượng: 25 - 30 Kcal/kg/ngày. Nghiên cứu sử dụng 30 Kcal/kg/ngày chung cho tất cả các người bệnh do người bệnh ung thư cần nhiều năng lượng hơn để đáp ứng chuyển hóa do tổn thương tại các mô.

- Protein: 1-1,5g/kg/ngày. Nghiên cứu sử dụng 1g/kg/ngày, trong đó Protein động vật/Protein tổng số là 30 - 35%.

- Lipid: 20-25% tổng năng lượng khẩu phần trong đó Lipid động vật/Lipid tổng số <60%.

- Glucid: 55-65% tổng nhu cầu năng lượng.

- Chất xơ: 20-22 g/ngày.

- Vitamin và chất khoáng: tương đương với lượng khuyến nghị hàng ngày và không khuyến nghị sử dụng vi chất dinh dưỡng liều cao (theo khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng năm 2016)⁵.

- Nghiên cứu sử dụng cân nặng hiện tại để tính toán đối với những người bệnh có BMI trong ngưỡng, cân nặng lý tưởng đối với người bệnh bị suy dinh dưỡng và cân nặng hiệu chỉnh đối với người bệnh thừa cân, béo phì.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Các phân tích sẽ được thực hiện bằng phần mềm Jamovi 2.4.11 và sử dụng các test thống kê phù hợp.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của việc nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho bất kì mục đích nào khác và hoàn toàn được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=96)

Thông tin chung		Chung	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	93	96,9
	Nữ	3	3,1

Tuổi	20 - 39 tuổi	1	1,0
	40 - 59 tuổi	38	39,6
	≥ 60 tuổi	57	59,4
	Trung bình	60,4 ± 8,32	
Xếp loại kinh tế gia đình	Nghèo	0	0
	Cận nghèo	2	2,1
	Không xếp loại/Không biết	94	97,9
Mức độ nuốt nghẹn	Độ 0: Không nghẹn	1	1,0
	Độ 1: Nghẹn thức ăn rắn	86	89,6
	Độ 2: Nghẹn thức ăn nửa rắn	9	9,4
BMI	<18,5	16	16,7
	18,5 - 25	77	80,2
	>25	3	3,1
PG-SGA	PG-SGA A	18	18,8
	PG-SGA B	52	54,2
	PG-SGA C	26	27

Trong số 96 người bệnh tham gia nghiên cứu, phần lớn là nam giới (96,9%). Độ tuổi trung bình là 60,4 ± 8,32, người bệnh ở mức độ 1 (nghẹn thức ăn rắn) chiếm 89,6%, và 9,4% ở mức độ 2 (nghẹn thức ăn nửa rắn). Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI <18,5 là 16,7%, trong khi phân loại theo PG-SGA cho thấy 54,2% người bệnh ở mức B và 27% thuộc mức C.

Bảng 3.2. Năng lượng và giá trị các chất sinh năng lượng trong khẩu phần ăn 24 giờ

(n=96)		$\bar{X} \pm SD$	Không đạt NCKN n(%)
Năng lượng (Kcal/ngày) (Kcal/kg/ngày)		997 ± 210 17,4 ± 3,85	94 (97,9)
Protein	P tổng số (g/ngày)	47,9 ± 13,5	68 (70,8)
	P động vật (g)	0,85 ± 0,24	
	P thực vật (g)	32,2 ± 8,56	
	P ĐV/TS (%)	15,5 ± 7,19	
Lipid	L tổng số (g)	68,7 ± 11,0	100 (100)
	L động vật (g)	26,5 ± 5,73	
	L thực vật (g)	10,5 ± 4,69	
	L TV/TS (%)	16,0 ± 4,68	
Glucid	G tổng số (g)	61 ± 15,8	5 (5,2)
	G động vật (g)	10,5 ± 4,69	
	G thực vật (g)	16,0 ± 4,68	
	G TV/TS (%)	61 ± 15,8	
Tỷ lệ P:L:G		137 ± 30,4	46 (47,9)
		(19,3 ± 2,08) : (24,6 ± 3,25) : (56,1 ± 3,74)	

Năng lượng trong khẩu phần ăn 24 giờ của đối tượng nghiên cứu cung cấp trung bình chỉ đạt 997±210 Kcal/ngày, với phần lớn đối tượng (97,9%) không đạt nhu cầu năng lượng khuyến nghị. Lượng protein tổng số (47,9 ± 13,5 g/ngày) và glucid tổng số (137 ± 30,4 g/ngày) cũng cho thấy tỷ lệ đáng kể đối tượng không đạt khuyến nghị (70,8% và 47,9%). Về thành phần, tỷ lệ protein động vật trên tổng protein (68,7 ±

11,0%) khá cao, trong khi tỷ lệ lipid thực vật trên tổng lipid đạt $61 \pm 15,8\%$. Tỷ lệ phân bố năng lượng từ protein, lipid và glucid trung bình là 19,3% : 24,6% : 56,1%.

Bảng 3.3. Hàm lượng chất xơ, một số vitamin và chất khoáng trong khẩu phần ăn 24 giờ

Chất xơ, vitamin, chất khoáng	$\bar{X} \pm SD$ (n=96)	Nam không đạt NCKN n(%)	Nữ không đạt NCKN n(%)
Chất xơ (g)	$5,82 \pm 5,59$	93 (100,0%)	3 (100%)
Vitamin A (μg)	597 ± 757	57 (61,3%)	3 (100%)
Vitamin D (μg)	$1,97 \pm 2,54$	93 (100,0%)	3 (100%)
Vitamin E (mg)	$7,03 \pm 5,64$	53 (57,0%)	2 (66,7%)
Vitamin K (mg)	$88,2 \pm 167$	80 (86,0%)	2 (66,7%)
Vitamin B1 (mg)	$5,73 \pm 12,9$	52 (55,9%)	3 (100%)
Vitamin B2 (mg)	$1,07 \pm 0,54$	65 (69,9%)	3 (100%)

Vitamin PP (mg)	$9,88 \pm 4,32$	82 (88,2%)	3 (100%)
Vitamin B6 (mg)	$0,88 \pm 0,41$	76 (81,7%)	3 (100%)
Vitamin B12 (μg)	$0,97 \pm 0,74$	84 (90,3%)	3 (100%)
Vitamin C (mg)	$121 \pm 98,1$	46 (49,5%)	2 (66,7%)
Ca (mg)	327 ± 168	93 (100,0%)	3 (100%)
Phospho (mg)	592 ± 149	74 (79,6%)	2 (66,7%)
Tỉ lệ Ca/P	$0,58 \pm 0,32$	78 (83,9%)	2 (66,7%)
Magie (mg)	$115 \pm 47,5$	93 (100,0%)	3 (100%)

Nhìn chung, tỷ lệ người bệnh không đạt nhu cầu khuyến nghị (NCKN) về chất xơ, vitamin và khoáng chất là rất cao. Tất cả đối tượng đều thiếu hụt chất xơ, canxi, magie và vitamin D. Nhóm vitamin B (B1, B2, PP, B6, B12) cũng ghi nhận tỷ lệ không đạt NCKN cao, đặc biệt ở nữ giới (100%). Các vi chất khác như vitamin A, E, K, C và phospho có tỷ lệ thiếu hụt dao động từ 49,5% đến 100% ở cả hai giới. Ngoài ra, tỷ lệ không đạt NCKN về tỷ lệ Canxi/Phospho ở nam giới và nữ giới lần lượt là 83,9% và 66,7%.

Bảng 3.4. So sánh một số yếu tố liên quan tới năng lượng, protein trong khẩu phần ăn 24 giờ

Yếu tố		Năng lượng khẩu phần 24 giờ		p	Lượng protein khẩu phần ăn 24 giờ		p
		Đạt NCKN n(%)	Không đạt NCKN n(%)		Đạt NCKN n(%)	Không đạt NCKN n(%)	
Giới tính	Nam	2 (2,2)	91 (97,8)	1	25 (26,9)	68 (73,1)	0,02*
	Nữ	0 (0,0)	3 (100,0)		3 (100,0)	0 (0,0)	
Giai đoạn bệnh	I-II	1 (100,0)	0 (0,0)	0,02*	1 (100,0)	0 (0,0)	0,29
	III-IV	1 (1,1)	94 (98,9)		27 (28,4)	68 (71,6)	
Xếp loại kinh tế hộ gia đình	Nghèo/Cận nghèo	0 (0,0)	2 (100,0)	1	2 (100,0)	0 (0,0)	0,08
	Không xếp loại/Không biết	2 (2,1)	92 (97,9)		26 (27,7)	68 (72,3)	
Mức độ nuốt nghẹn	Độ 0: Không nghẹn	1 (100,0)	0 (0,0)	0,03*	1 (100,0)	0 (0,0)	0,37
	Độ 1: Nghẹn thức ăn rắn	1 (1,2)	85 (98,8)		25 (29,1)	61 (70,9)	
	Độ 2: Nghẹn thức ăn nửa rắn	0 (0,0)	9 (100,0)		2 (22,2)	7 (77,8)	
BMI	<18,5	1 (6,3)	15 (93,7)	0,36	3 (18,8)	13 (81,2)	0,43
	18,5 - 25	1 (1,3)	76 (98,7)		25 (32,5)	52 (67,5)	
	>25	0 (0,0)	3 (100,0)		0 (0,0)	3 (100,0)	
PG-SGA	PG-SGA A	1 (5,6)	17(94,4)	0,21	6 (33,3)	12 (66,7)	0,71
	PG-SGA B	0 (0)	52(100)		16 (30,8)	36 (69,2)	
	PG-SGA C	1 (3,8)	25(96,2)		6 (29,2)	20 (70,8)	

Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ người bệnh không đạt nhu cầu năng lượng khẩu phần 24 giờ ở nhóm giai đoạn III-IV là 98,9%, cao hơn rõ rệt so với nhóm giai đoạn I-II (0%), tỷ lệ không đạt nhu cầu năng lượng tăng theo mức độ nuốt nghẹn, đạt 100% ở nhóm nghẹn độ 2, 98,8% ở độ 1, và không có người bệnh nào thuộc nhóm

không nghẹn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Về protein, tỷ lệ người bệnh không đạt nhu cầu protein ở nam giới là 73,1%, trong khi toàn bộ nữ giới đều không đạt, sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$). Đối với các yếu tố khác, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. So sánh giá trị dinh dưỡng khẩu phần 24 giờ của đối tượng nghiên cứu theo phân loại giới tính, giai đoạn bệnh, mức độ nuốt nghẹn

Yếu tố	Phân loại	Năng lượng (Kcal/kg/ngày) Protein (g/kg/ngày)	
		TB ± ĐLC	
Giới tính	Nam (n=93)	17,24 ± 3,76	0,84 ± 0,24
	Nữ (n=3)	23,25 ± 1,86	1,18 ± 0,08
	p ¹	0,01*	0,02*
Giai đoạn bệnh	I-II (n=1)	25,2	1,35
	III-IV (n=95)	17,3 ± 3,79	0,85 ± 0,24
	p ¹	0,1	0,1
Mức độ nuốt nghẹn	Độ 0: Không nghẹn (n=1)	25,2	1,35
	Độ 1: Nghẹn thức ăn rắn (n=86)	17,4 ± 3,86	0,85 ± 0,24
	Độ 2: Nghẹn thức ăn nửa rắn (n=9)	17,2 ± 3,19	0,81 ± 0,24
	p ²	0,24	0,23

¹ Mann-Whitney U test; ² Kruskal-Wallis test

Kết quả cho thấy nữ giới có khẩu phần năng lượng và protein cao hơn nam, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, khi so sánh theo giai đoạn bệnh và mức độ nuốt nghẹn, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Tất cả 96 người bệnh nghiên cứu ăn được đường miệng và không có chỉ định nuôi dưỡng tĩnh mạch kèm theo.

Kết quả cho thấy khẩu phần ăn 24 giờ của người bệnh ung thư thực quản trước phẫu thuật có năng lượng trung bình 997 ± 210 Kcal/ngày ($17,4 \pm 3,85$ Kcal/kg/ngày), thấp đáng kể so với khuyến nghị, với 97,9% người bệnh không đạt nhu cầu. Nguyên nhân có thể do nuốt nghẹn, chán ăn, mệt mỏi và đặc biệt là thiếu hỗ trợ dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch trước mổ. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Lương (2021) tại Bệnh viện K ($1320,9 \pm 538,6$ Kcal/ngày), mức năng lượng trong nghiên cứu này thấp hơn rõ rệt, dù tỷ lệ đạt nhu cầu trong nghiên cứu của Lương cũng chỉ 26,8%, cho thấy thiếu năng lượng là phổ biến. Lượng protein tương đương $0,85 \pm 0,24$ g/kg/ngày, có tới 70,8% không đạt NCKN. Nghiên cứu của Đào Thị Thu Hoài (2015) cũng ghi nhận mức protein trung bình chỉ khoảng 53,2 g/ngày, với tỷ lệ không đạt nhu cầu chiếm hơn 60%⁶. Đáng chú ý, protein động vật chiếm tới 68,7% cho thấy sự mất cân đối về nguồn cung cấp protein. Tỷ lệ lipid trong khẩu phần đạt trung bình 24,6%, với 50% người bệnh đạt NCKN; trong đó, lipid thực vật chiếm ưu thế (61%), phản ánh xu hướng sử dụng chất béo lành mạnh. Glucid chiếm $56 \pm 3,74\%$, đạt ngưỡng tối thiểu khuyến nghị (55-65%). Tuy nhiên, có tới 47,9% người bệnh không đạt mức khuyến nghị này. Nhiều người bệnh có xu hướng ăn cháo, súp loãng để dễ nuốt, làm tăng tỷ lệ

glucid nhưng không đảm bảo cân bằng với các chất sinh năng lượng khác. Cơ cấu trung bình các chất sinh năng lượng về cơ bản đã đáp ứng theo nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng năm 2016 cho người trưởng thành với tỷ lệ P:L:G là 13 - 20% : 20 - 25%: 55 - 65%⁵.

Theo ESPEN (2021), nhu cầu vitamin và khoáng chất ở người bệnh ung thư tương đương người bình thường⁴. Do đó nghiên cứu sử dụng mức khuyến nghị theo Viện Dinh dưỡng năm 2016 cho người trưởng thành Việt Nam. Kết quả cho thấy toàn bộ người bệnh không đạt nhu cầu chất xơ (trung bình 5,82 g/ngày), thấp hơn nhiều so với khuyến nghị (20-22 g/ngày). Tỷ lệ thiếu hụt các vitamin tan trong dầu (A, D, E, K) và tan trong nước (B1, B2, PP, B6, B12, C) ở người bệnh ung thư thực quản trước phẫu thuật là rất cao. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Việt Bách và cộng sự (2021) tại Bệnh viện K, cho thấy tỷ lệ người bệnh đạt nhu cầu khuyến nghị rất thấp: chỉ 5,8% với vitamin A, 4,1% với vitamin D, 6,4% với vitamin E và 13,9% với vitamin K⁷. Thiếu hụt các vitamin này có thể làm tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, kéo dài thời gian hồi phục và làm giảm chất lượng sống của người bệnh.

Khẩu phần ăn 24 giờ của người bệnh ung thư thực quản trước phẫu thuật có tình trạng thiếu hụt nghiêm trọng các vi chất khoáng, đặc biệt là canxi (Ca), magie (Mg), và sự mất cân đối trong tỷ lệ canxi/phospho (Ca/P). Nguyên nhân có thể đến từ việc giảm hấp thu và lượng ăn vào do khối u chèn ép, chế độ ăn dễ tiêu nghèo vi chất, cũng như tình trạng viêm mạn tính ảnh hưởng đến chuyển hóa dinh dưỡng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nam giới ung thư thực quản trước phẫu thuật tiêu thụ năng lượng và protein thấp hơn nữ giới một cách có ý nghĩa thống kê, với tỷ lệ không đạt NCKN protein lên tới 73,1%, trong khi toàn bộ nữ giới đạt

NCKN. Mặc dù có sự khác biệt về mức tiêu thụ, tỷ lệ không đạt NCKN năng lượng vẫn ở mức rất cao ở cả hai giới (> 97%). Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Đức Minh và cộng sự tại Bệnh viện Quân Y 103, trong đó nam giới có nguy cơ không đạt NCKN về năng lượng và protein cao hơn lần lượt 2,03 và 2,14 lần so với nữ⁸. Kết quả củng cố bằng chứng rằng nam giới là nhóm có nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng cao hơn, đồng thời phản ánh tình trạng thiếu năng lượng phổ biến ở toàn bộ nhóm bệnh. Khẩu phần ăn giảm sút rõ rệt ở người bệnh ung thư thực quản giai đoạn muộn, tỷ lệ không đạt NCKN năng lượng ở nhóm III-IV cao vượt trội so với nhóm I-II (98,9% so với 0%, $p = 0,02$). Mặc dù không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, toàn bộ người bệnh thuộc nhóm nghèo/cận nghèo đều không đạt NCKN về năng lượng và protein. Người bệnh không nghèo có mức tiêu thụ năng lượng và protein cao hơn rõ rệt so với nhóm có nuôi nhện, và tỷ lệ đạt NCKN năng lượng giảm đáng kể khi mức độ nuôi nhện tăng ($p = 0,03$). Người bệnh có tình trạng dinh dưỡng theo BMI và PG-SGA kém hơn thường có tỷ lệ không đạt NCKN cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn người bệnh ung thư thực quản trước phẫu thuật mở thông dạ dày trong nghiên cứu không đáp ứng nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, protein, lipid, glucid. Tình trạng

thiếu chất xơ, các vitamin và khoáng chất là rất phổ biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Như An, Dương Thùy Linh, và cộng sự.** Đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời tiến phẫu trong điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III. <https://tapchi.yhocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2710/2506>
2. **Zhang L, Lu Y, Fang Y.** Nutritional status and related factors of patients with advanced gastrointestinal cancer. *Br J Nutr.* 2014;111(7):1239-1244. doi:10.1017/S000711451300367X
3. **Associations between nutritional status, weight loss, radiotherapy treatment toxicity and treatment outcomes in gastrointestinal cancer patients - ScienceDirect.** <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0261561410001469>
4. **Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al.** ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2021;40(5):2898-2913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005
5. **Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng.** Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam. Năm 2016.
6. **Đào Thị Thu Hoài.** Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư tại Trung tâm y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai năm 2015.
7. **Hoàng Việt Bách, Nguyễn Thị Dung, Nguyễn Thị Hồng Tiến, et al.** Chế độ nuôi dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại bệnh viện K năm 2021. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;542(2). doi:10.51298/vmj.v542i2.11117.
8. **Phạm Đức Minh.** Một số yếu tố liên quan đến năng lượng khẩu phần ăn của người bệnh ung thư tại bệnh viện Quân Y 103. <https://tapchi.yhocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/718/59>.

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁI TẠO HAI DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC VÀ CHÉO SAU KHỚP GỐI QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 121

Trần Mạnh Hùng¹, Nguyễn Văn Hiền¹, Nguyễn Minh Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật tái tạo hai dây chằng chéo trước và chéo sau khớp gối qua nội soi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 18 bệnh nhân chấn thương khớp gối đứt cả hai dây chằng chéo trước và chéo sau tại Bệnh viện Quân Y 121. Chất liệu mảnh ghép để tái tạo là cơ thon và cơ bán gân tự thân chập 4 + tăng cường

chỉ siêu bền để tái tạo dây chằng chéo sau và gân cơ mạc dài cải tiến + tăng cường chỉ siêu bền đã tái tạo dây chằng chéo trước. Kết quả đánh giá bước đầu theo tiêu chuẩn của Lysholm. **Kết quả:** Mười tám bệnh nhân gồm 15 nam và 03 nữ bị chấn thương khớp gối và tổn thương hai dây chằng chéo trước và chéo sau. Độ tuổi 19-29 chiếm tỉ lệ 55,6 %. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy tổn thương đứt toàn phần cả dây chằng chéo trước và chéo sau đều chiếm tỷ lệ cao. Sau phẫu thuật chức năng khớp gối được phục hồi tốt với sự cải thiện rõ của thang điểm Lysholm. Chỉ có 03 trường hợp sau phẫu thuật còn giới hạn tầm vận động. **Kết luận:** Đánh giá bước đầu kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau tái tạo hai dây chằng chéo trước và chéo sau một thì qua nội soi chúng tôi nhận thấy khớp gối phục hồi đáng kể sau phẫu thuật 3 tháng, tuy nhiên nghiên cứu cỡ mẫu còn

¹Bệnh viện Quân Y 121

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: manhhung2907@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025