

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, Methods and data sources for global burden of disease estimates. Geneva: World Health Organization, 2020.
2. Ngô Quý Châu, Đỗ Gia Tuyền, Giáo trình Bệnh học Nội khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 2023
3. Nguyễn, T. L., Lê, T. T., Bùi, T. Ánh, Nguyễn, T. N., Vũ, X. T., Nguyễn, Đình D., & Mai, T. B. Nhiên cứu đặc điểm và tình hình tuân thủ của người bệnh viêm loét da dày tá tràng tại bệnh viện trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y học Việt Nam, 542(2), 2024, <https://doi.org/10.51298/vmj.v542i2.11114>
4. Nimish B Vakil MD. "Peptic ulcer disease: Epidemiology, etiology, and pathogenesis". Uptodate Mar 08, 2022. <https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-epidemiology-etiology-and-pathogenesis>
5. Đỗ Văn Dũng và Chu Thị Trà Giang. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và nội soi của người bệnh viêm, loét dạ dày trên 60 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình. Liên hiệp các hội khoa học và kỹ thuật tỉnh Ninh Bình. 2014: tr.7-9.
6. Phạm, T. G., & Nguyễn, C. K., Kiến thức của người bệnh về bệnh viêm loét da dày tá tràng tại bệnh viện đa khoa TW Cần Thơ năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam, 537(2), <https://doi.org/10.51298/vmj.v537i2.9220>
7. Trần Ngọc Huy, Phạm Việt Mỹ, Lê Hữu Phước, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và tình hình tuân thủ điều trị bệnh lý viêm loét da dày tá tràng tại bệnh viện đại học y dược Shina mark. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024. 535(02): p. 137-140
8. Ryu, JE, Kim, JH, & Lee, SY, Tác động của thức ăn cay lên bệnh trào ngược dạ dày thực quản. Tạp chí Tiêu hóa Hàn Quốc, 68(3), 123-129, 2016
9. Aghareed M. Asali*, Mohammed A. Alghamdi, Sumayah A. Fallatah, Risk factors leading to peptic ulcer disease: systematic review in literature (2018). International Journal of Community Medicine and Public Health | October 2018 | Vol 5 | Issue 10, pp 1-8, DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20183869>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP DINH DƯỠNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN NĂM 2024 - 2025

Đinh Ngọc Diệp¹, Phạm Trần Thiên Nhân², Trần Quốc Cường²,
Võ Chí Nguyễn^{3,4}, Nguyễn Lê Quỳnh Như²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả can thiệp dinh dưỡng chu phẫu theo cân nặng, PG – SGA giữa hai nhóm can thiệp và nhóm chứng trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân, giai đoạn 2024 – 2025. **Phương pháp:** nghiên cứu can thiệp tiến cứu có đối chứng trên 120 bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng, được ghép cặp theo điểm xu hướng thành nhóm can thiệp và nhóm chứng (n=40/nhóm). Nhóm can thiệp nhận quy trình mới với nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm và dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung, so sánh với nhóm chứng theo quy trình chăm sóc thường quy. **Kết quả:** So với nhóm chứng, nhóm can thiệp có tỷ lệ cải thiện tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA cao hơn (22,5% so với 5,0%) và tỷ lệ xấu đi thấp hơn (17,5% so với 32,5%) (p=0,043). Mức sụt cân ở nhóm can thiệp thấp hơn đáng kể: -1,00 [-3,00; 1,50] kg so với nhóm chứng -3,00 [-9,50; 0,00] kg, p<0,001. Ngày hậu phẫu đầu

tiên, nhóm can thiệp đã đáp ứng nhu cầu năng lượng: 60,6% ± 23,5% và đậm: 57,8% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (lần lượt là 39,1% ± 25,1% và 0,55%; p<0,001). Từ ngày hậu phẫu thứ hai trở đi, nhóm can thiệp duy trì đáp ứng trên 95% nhu cầu năng lượng, trong khi nhóm chứng luôn ở mức thấp hơn đáng kể. **Kết luận:** Chương trình can thiệp dinh dưỡng chu phẫu mới cho thấy hiệu quả vượt trội trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng và hạn chế sụt cân sau phẫu thuật. Việc áp dụng quy trình này là một chiến lược quan trọng và hiệu quả để nâng cao kết quả điều trị. **Từ khóa:** Dinh dưỡng chu phẫu, ung thư đại trực tràng, phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS), suy dinh dưỡng, can thiệp dinh dưỡng

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECT OF NUTRITIONAL INTERVENTION AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS UNDERGOING SURGERY AT BINH DAN HOSPITAL, 2024–2025

Objective: To compare the effectiveness of a perioperative nutritional intervention on weight and PG-SGA score between an intervention and a control group of patients undergoing surgery for colorectal cancer at Binh Dan Hospital during 2024-2025. **Methods:** This prospective, controlled study involved 120 colorectal cancer surgery patients, matched by propensity score into intervention and control groups

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Bình Dân

⁴Đại học Tân Tạo

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Diệp

Email: ngocdiepdinh1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

(n=40/group). The intervention group received a new protocol with early enteral nutrition and supplemental parenteral nutrition, compared against the control group receiving standard care. **Results:** Compared to the control group, the intervention group showed a higher rate of nutritional status improvement according to PG-SGA (22.5% vs. 5.0%) and a lower rate of deterioration (17.5% vs. 32.5%) ($p=0.043$). Weight loss was significantly lower in the intervention group (median: -1.00 kg [-3.00; 1.50]) compared to the control group (median: -3.00 kg [-9.50; 0.00], $p<0.001$). On the first postoperative day, the intervention group met significantly higher energy (mean $\pm$ SD: 60.6% $\pm$ 23.5%) and protein (median: 57.8%) requirements compared to the control group (39.1% $\pm$ 25.1% and 0.55%, respectively; $p<0.001$). From the second postoperative day onwards, the intervention group maintained over 95% of their energy requirement, while the control group remained at a significantly lower level. **Conclusion:** The new perioperative nutritional intervention program demonstrates superior efficacy in improving nutritional status and limiting postoperative weight loss. The application of this protocol is an important and effective strategy to enhance treatment outcomes.

Keywords: Perioperative nutrition, colorectal cancer, enhanced recovery after surgery (ERAS), malnutrition, nutritional intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là một yếu tố nguy cơ phổ biến và nghiêm trọng ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng, trực tiếp dẫn đến gia tăng biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện và ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả điều trị [1]. Phẫu thuật, với bản chất là một sang chấn lớn, sẽ kích hoạt đáp ứng viêm và dị hóa toàn thân, làm trầm trọng thêm tình trạng sụt cân và suy giảm khối cơ vốn đã tồn tại do bệnh lý ác tính. Do đó, can thiệp dinh dưỡng chu phẫu một cách chủ động và hiệu quả có vai trò quan trọng trong chăm sóc ngoại khoa hiện đại.

Các phác đồ Phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS) đã chứng minh vai trò then chốt của dinh dưỡng trong việc cải thiện kết cục lâm sàng [2]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về hiệu quả dinh dưỡng chu phẫu theo chương trình ERAS cho đối tượng phẫu thuật ung thư đại trực tràng một cách có hệ thống còn hạn chế [3,4]. Tại Bệnh viện Bình Dân, quy trình dinh dưỡng trước đây còn mang tính tổng quát, chưa tối ưu hóa việc nuôi dưỡng sớm sau mổ. Gần đây, dựa trên các khuyến cáo cập nhật của ESPEN và Bộ Y tế [2,5], một quy trình can thiệp dinh dưỡng chu phẫu mới đã được xây dựng. Điểm khác biệt cốt lõi của quy trình mới là: cung cấp Carbohydrate trước và sau phẫu thuật chương trình, nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm trong vòng 24 giờ sau mổ, kết hợp dinh dưỡng tĩnh mạch bổ

sung nhằm đảm bảo cung cấp đủ năng lượng và đạm ngay từ những ngày đầu hậu phẫu.

Trước sự thay đổi quan trọng trong thực hành lâm sàng này, một câu hỏi cấp thiết được đặt ra: liệu quy trình mới có thực sự mang lại hiệu quả vượt trội so với thực hành thường quy trước đây hay không? Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá và so sánh hiệu quả của chương trình can thiệp dinh dưỡng chu phẫu mới so với quy trình cũ trên các chỉ số dinh dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế can thiệp tiến cứu có nhóm đối chứng, diễn ra từ tháng 11/2024 đến tháng 10/2025 tại các khoa thuộc khối Ngoại tổng quát, Bệnh viện Bình Dân.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán ung thư đại trực tràng giai đoạn I, II, hoặc III và có chỉ định phẫu thuật theo chương trình.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp phẫu thuật cấp cứu, bán tắc ruột cần dinh dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, hoặc bệnh nhân có các bệnh lý nền nặng như suy thận (giai đoạn 4, 5), suy tim, suy gan.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp ghép cặp

Sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu cho kiểm định 2 số trung bình của 2 nhóm độc lập, với tiêu chí chính là sự thay đổi cân nặng sau can thiệp.

$$n = 2 \left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{ES} \right)^2$$

Dựa trên số liệu từ một nghiên cứu trước đó [6]. Với mức ý nghĩa thống kê (α) là 0,001 và độ mạnh của kiểm định ($1-\beta$) là 95%, cỡ mẫu cần thiết cho mỗi nhóm là 20 bệnh nhân. Sau khi tính đến 20% trường hợp có thể bỏ cuộc, cỡ mẫu dự kiến được làm tròn thành 30 bệnh nhân cho mỗi nhóm.

Trên thực tế, nghiên cứu đã tuyển chọn một cỡ mẫu lớn hơn (60 bệnh nhân mỗi nhóm) để tăng cường độ tin cậy. Sau đó, chúng tôi áp dụng phương pháp ghép cặp theo điểm xu hướng (Propensity Score Matching - PSM) với tỷ lệ 1:1 để tạo ra hai nhóm có các đặc điểm nền tương đồng nhất. Kết quả, 40 cặp bệnh nhân (tổng cộng 80 bệnh nhân) đã được ghép cặp thành công và đưa vào phân tích cuối cùng.

2.4. Quy trình can thiệp

Nhóm chứng (n=60): Bệnh nhân được chăm sóc theo quy trình thường quy của bệnh

viện ban hành năm 2017: người bệnh ăn uống theo hướng dẫn của bác sĩ hoặc có thể dinh dưỡng tĩnh mạch theo chỉ định của bác sĩ điều trị hoặc nhóm nghiên cứu (truyền túi 3 ngăn hoặc túi 2 ngăn hoặc đường, đạm, béo riêng lẻ, bổ sung vi chất) cho đến ngày phẫu thuật.

- Năng lượng: 25 – 30kcal/ngày

- Protein: 1,2 – 1,5g/kg/ngày

Nhóm can thiệp (n=60): Bệnh nhân được chăm sóc theo quy trình dinh dưỡng chu phẫu cập nhật, có các điểm khác biệt cốt lõi sau

Giai đoạn trước phẫu thuật: Đánh giá dinh dưỡng toàn diện bằng công cụ PG-SGA và can thiệp cá thể hóa bởi chuyên gia dinh dưỡng. Đảm bảo cung cấp đủ Năng lượng: 30 kcal/ kg cân nặng/ ngày (người bệnh không SDD); 35 kcal/ kg cân nặng/ ngày (người bệnh SDD) và Protein: 1.2 g/ kg cân nặng/ ngày (không SDD); 1.5 g/ kg cân nặng/ ngày (người bệnh SDD). Bệnh nhân được cung cấp carbohydrate trước phẫu thuật.

Giai đoạn sau phẫu thuật: Nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm trong vòng 24 giờ sau mổ, kết hợp dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung nhằm đạt mục tiêu năng lượng (25 kcal/kg/ngày) và đạm (1.5 g/kg/ngày) ngay từ những ngày đầu hậu phẫu. Bệnh nhân được cung cấp carbohydrate trong ngày hậu phẫu 1 và 2.

2.5. Thu thập và phân tích số liệu. Các chỉ số về nhân trắc (cân nặng, BMI, vòng cánh tay), tình trạng dinh dưỡng (PG-SGA), và xét nghiệm (Albumin, Hemoglobin) được thu thập tại ba thời điểm: lúc nhập viện (T0), một ngày trước phẫu thuật (T1), và lúc xuất viện (T2). Mức độ cung cấp năng lượng và đạm thực tế sau phẫu thuật cũng được ghi nhận chi tiết.

Phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0 (IBM Corp, USA), và phần mềm R (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, <https://www.R-project.org/>).

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Bình Dân số 1171/ HĐĐĐ – BVBD về việc chấp thuận khía cạnh trong Nghiên cứu Y sinh học ngày 26 tháng 11 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. So sánh đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu sau khi ghép cặp

Đặc điểm	Nhóm chứng (n=40)	Nhóm can thiệp (n=40)	p
Nhân khẩu học			
Tuổi trung	59,2 ± 13,2	59,9 ± 11,3	0,793*

bình (năm, Mean ± SD)			
Giới tính Nam (n, %)	23 (57,5%)	21 (52,5%)	0,653#
Đặc điểm bệnh học			
Giai đoạn ung thư (n, %)			0,525#
- Giai đoạn I	8 (20,0%)	6 (15,0%)	
- Giai đoạn II & III	32 (80,0%)	34 (85,0%)	
Vị trí khối u (n, %)			0,994##
- Đại tràng	21 (52,5%)	20 (50,0%)	
- Trực tràng	19 (47,5%)	20 (50,0%)	
Tình trạng dinh dưỡng ban đầu			
BMI (kg/m ² , Mean ± SD)	21,4 ± 2,84	21,8 ± 2,61	0,554*
Suy dinh dưỡng theo PG-SGA (B+C) (n, %)	30 (75,0%)	32 (80,0%)	0,628#

*Kiểm định t-test; #Kiểm định Chi-square; ##Kiểm định Fisher's exact. Tất cả các giá trị p > 0,05 cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Việc áp dụng phương pháp ghép cặp theo điểm xu hướng (PSM) đã tạo ra hai nhóm nghiên cứu (n=40 mỗi nhóm) có các đặc điểm nền hoàn toàn tương đồng. Bảng 1 cho thấy không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê (p > 0,05) giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp về tuổi, giới tính, giai đoạn ung thư, vị trí khối u, cũng như các chỉ số dinh dưỡng quan trọng lúc nhập viện như BMI và phân loại PG-SGA. Sự đồng nhất này cho phép đánh giá hiệu quả của quy trình can thiệp một cách khách quan.

Bảng 2. So sánh diễn tiến tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA giữa hai nhóm

Thay đổi PG-SGA	Nhóm chứng n(%)	Nhóm can thiệp n(%)	p
Cải thiện	2 (5,0%)	9 (22,5%)	0,043#
Không đổi	25 (62,5%)	24 (60,0%)	
Xấu đi	13 (32,5%)	7 (17,5%)	
Tổng	40 (100%)	40 (100%)	

Ghi chú: # kiểm định Chi-square

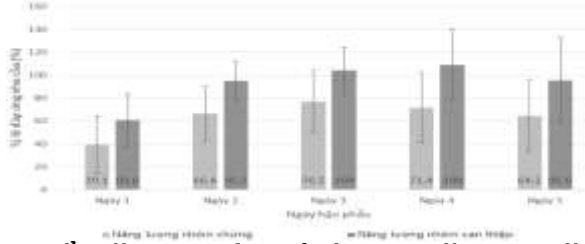
Kết quả so sánh diễn tiến tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA giữa hai nhóm cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng được cải thiện ở nhóm can thiệp là 22,5% (9/40), cao hơn so với tỷ lệ 5,0% (2/40) ở nhóm chứng. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng xấu đi ở nhóm can thiệp là 17,5% (7/40), thấp hơn so với tỷ lệ 32,5% (13/40) ở nhóm chứng. Sự khác biệt về diễn tiến tình trạng dinh dưỡng giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p = 0,043.

Bảng 3. So sánh sự thay đổi các chỉ số nhân trắc và lực bóp tay từ lúc nhập viện đến lúc xuất viện giữa hai nhóm

Biến số	Nhóm chứng Median [Min;Max]	Nhóm can thiệp Median [Min;Max]	p
Thay đổi cân nặng (kg)	-3,00 [-9,50;0,00]	-1,00 [-3,00;1,50]	<0,001**
Thay đổi BMI (kg/m ²)	-1,08 [-4,11;0,00]	-0,386 [-1,06;0,60]	<0,001**
Thay đổi Vòng cánh tay (cm)	-1,00 [-2,50;0,00]	-0,50 [-1,50;0,00]	<0,001**
Thay đổi Lực bóp tay (kg)	-1,75 [-17,50;9,80]	-0,80 [-10,30;9,80]	0,294**

Thay đổi được tính bằng giá trị lúc xuất viện (T2) trừ đi lúc nhập viện (T0). ** kiểm định Mann-Whitney

Kết quả cho thấy có sự khác biệt ý nghĩa thống kê về mức độ thay đổi cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI), và Vòng cánh tay (VCT) giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Cụ thể, mức sụt cân trung vị ở nhóm can thiệp là -1,00 kg, thấp hơn đáng kể so với mức -3,00 kg ở nhóm chứng ($p < 0,001$). Tương tự, mức giảm trung vị của chỉ số BMI ở nhóm can thiệp cũng ít hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm chứng (-0,386 kg/m² so với -1,08 kg/m², $p < 0,001$). Đối với Vòng cánh tay, nhóm can thiệp có mức giảm trung vị là -0,50 cm, trong khi nhóm chứng giảm -1,00 cm ($p < 0,001$). Ngược lại, sự thay đổi về lực bóp tay (LBT) giữa hai nhóm không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p = 0,294$)

**Biểu đồ 1. So sánh tỷ lệ cung cấp thực tế đáp ứng nhu cầu năng lượng giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp**

$p < 0,001$ cho tất cả các ngày, so sánh bằng kiểm định t-test

Kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng nhu cầu năng lượng ở nhóm can thiệp cao hơn một cách rõ rệt so với nhóm chứng trong suốt 5 ngày theo dõi hậu phẫu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cao ở tất cả các ngày ($p < 0,001$).

Cụ thể, ngay trong ngày hậu phẫu đầu tiên, nhóm can thiệp đã đạt trung bình $60,6\% \pm 23,5\%$ nhu cầu năng lượng, trong khi nhóm chứng chỉ đạt $39,1\% \pm 25,1\%$. Từ ngày thứ hai

trở đi, nhóm can thiệp duy trì mức cung cấp năng lượng ổn định, luôn đạt trên 95% nhu cầu (dao động từ 95,2% đến 109%). Ngược lại, nhóm chứng có mức cung cấp dao động thấp hơn, chỉ đạt mức cao nhất là 76,5% vào ngày thứ ba và có xu hướng giảm trong những ngày sau đó.

Bảng 4. So sánh tỷ lệ cung cấp thực tế đáp ứng nhu cầu đạm trong 5 ngày đầu hậu phẫu giữa hai nhóm

Ngày hậu phẫu	Nhóm chứng Median [Min; Max]	Nhóm can thiệp Median [Min; Max]	p
Ngày 1	0,55 [0; 85,90]	57,80 [0,00; 75,80]	<0,001**
Ngày 2	60,40 [0; 97,50]	64,40 [47,60; 105]	0,061**
Ngày 3	65,90 [2,10; 116]	80,30 [55,60; 111]	0,001**
Ngày 4	64,20 [0,00; 127]	84,80 [16,90; 132]	<0,001**
Ngày 5	46,60 [0,70; 109]	72,70 [12,40; 133]	0,001**

** kiểm định Mann-Whitney

Nhìn chung, nhóm can thiệp có tỷ lệ đáp ứng nhu cầu đạm cao hơn so với nhóm chứng trong hầu hết các ngày theo dõi, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê vào các ngày 1, 3, 4 và 5. Sự khác biệt lớn nhất được ghi nhận vào ngày hậu phẫu đầu tiên, khi nhóm can thiệp đạt trung vị 57,8% nhu cầu đạm, trong khi nhóm chứng gần như không được cung cấp đạm (trung vị 0,55%, $p < 0,001$). Vào ngày hậu phẫu thứ hai, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,061$). Trong các ngày 3, 4 và 5, tỷ lệ cung cấp đạm ở nhóm can thiệp luôn duy trì ở mức cao và vượt trội hơn hẳn so với nhóm chứng ($p \leq 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm so sánh hiệu quả của một chương trình can thiệp dinh dưỡng chu phẫu cập nhật so với quy trình thường quy trên bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng. Để tăng cường tính khách quan cho việc so sánh, phương pháp ghép cặp theo điểm xu hướng (Propensity Score Matching - PSM) đã được áp dụng [7,8]. Bảng 1 cho thấy kết quả ghép cặp cho thấy hai nhóm nghiên cứu có sự tương đồng cao về các đặc điểm nền như tuổi, giới tính, giai đoạn bệnh và tình trạng dinh dưỡng ban đầu, với các khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự thay đổi về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo

PG-SGA (Bảng 2) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng được cải thiện ở nhóm can thiệp (22,5%) cao hơn gấp bốn lần so với nhóm chứng (5,0%). Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng xấu đi ở nhóm can thiệp (17,5%) chỉ bằng một nửa so với nhóm chứng (32,5%), với sự khác biệt chung về diễn tiến tình trạng dinh dưỡng giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,043$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jie và cộng sự (2012), cũng cho thấy việc hỗ trợ dinh dưỡng trước và sau mổ đã làm giảm đáng kể tỷ lệ suy dinh dưỡng sau phẫu thuật ở bệnh nhân phẫu thuật bụng [9].

Hiệu quả của chương trình can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi còn được thể hiện rõ nét qua việc bảo tồn khối lượng cơ thể và các chỉ số nhân trắc. Kết quả bảng 3 cho thấy, mặc dù cả hai nhóm đều có xu hướng sụt cân sau phẫu thuật là một đáp ứng sinh lý thường gặp nhưng mức độ sụt giảm ở nhóm can thiệp thấp hơn đáng kể. Cụ thể, mức sụt cân ở nhóm can thiệp $-1,0 [-3,00; 1,50]$ kg chỉ bằng một phần ba so với nhóm chứng $-3,0 [-9,50; 0,00]$. Tương tự, sự suy giảm về chỉ số BMI và Vòng cánh tay (VCT) ở nhóm can thiệp cũng ít hơn một cách có ý nghĩa thống kê, cụ thể BMI giảm $-0,386 [-1,06; 0,60]$ kg/m² ở nhóm can thiệp so với $-1,08 [-4,11; 0,00]$ kg/m² ở nhóm chứng ($p < 0,001$); VCT giảm $-0,50 [-1,50; 0,00]$ cm ở nhóm can thiệp so với $-0,50 [-1,50; 0,00]$ cm ở nhóm chứng ($p < 0,001$). Kết quả này có sự tương đồng với một phân tích gộp gần đây của Rowley và cộng sự (2023) [10], vốn cho thấy việc sử dụng sản phẩm bổ sung dinh dưỡng đường uống (ONS) sau phẫu thuật tiêu hóa giúp giảm sụt cân đáng kể so với nhóm chứng. Khi so sánh với một nghiên cứu trong nước của Đào Đức Minh và cộng sự (2020) [6] trên bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày, mức độ sụt cân trong nghiên cứu của chúng tôi ở cả hai nhóm đều thấp hơn (nhóm can thiệp $-1,0$ kg so với $-1,9$ kg; nhóm chứng $-3,0$ kg so với $-5,0$ kg). Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi đối tượng bệnh nhân (ung thư đại trực tràng so với ung thư dạ dày), loại phẫu thuật và thời gian theo dõi khác nhau, tuy nhiên đều khẳng định chung vai trò của can thiệp dinh dưỡng trong việc bảo tồn cân nặng sau phẫu thuật. Một điểm đáng chú ý cũng được ghi nhận trong Bảng 3 là sự thay đổi về lực bóp tay (LBT) không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p = 0,294$). Điều này có thể gợi ý rằng, trong khi can thiệp dinh dưỡng có thể bảo tồn khối cơ và khối mỡ một cách hiệu quả trong thời gian ngắn, sự phục hồi về sức mạnh và chức năng cơ bắp có thể là một quá trình

phức tạp hơn, đòi hỏi thời gian dài hơn hoặc cần sự kết hợp với các biện pháp khác như vật lý trị liệu phục hồi chức năng.

Những cải thiện về tình trạng dinh dưỡng và việc bảo tồn khối lượng cơ thể trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích chủ yếu bởi sự khác biệt cốt lõi so với quy trình can thiệp dinh dưỡng thường quy tại bệnh viện: (1) Bệnh nhân nhập viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo công cụ PG - GSA và can thiệp dinh dưỡng bởi người làm chuyên môn dinh dưỡng, bệnh nhân không nhịn đói hoàn toàn trước phẫu thuật và được cung cấp carbohydrate (2) Dinh dưỡng đường tiêu hóa sau phẫu thuật trong vòng 24 giờ, kết hợp dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung đủ nhu cầu năng lượng và đạm từ hậu phẫu ngày 1 đến ngày xuất viện, cá thể hóa với tất cả bệnh nhân. (3) Tất cả bệnh nhân nhóm can thiệp được giám sát, theo dõi và điều chỉnh chế độ ăn từ đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch bởi người làm chuyên môn dinh dưỡng. Can thiệp dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật cũng là một trong những thành tố của chương trình ERAS. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi có sự đồng thuận của các khoa liên quan như khoa Ngoại tổng quát, khoa Gây mê hồi sức và khoa Dinh dưỡng.

Theo quy trình can thiệp của nghiên cứu, nhóm can thiệp được lên kế hoạch nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm trong vòng 24 giờ sau mổ, kết hợp dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung để đạt mục tiêu. Sự khác biệt trong thực hành này đã dẫn đến kết quả cung cấp dinh dưỡng vượt trội ngay từ ngày hậu phẫu đầu tiên. Kết quả trong Biểu đồ 1 và Bảng 4, cho thấy nhóm can thiệp đã đạt trung bình $60,6 \pm 23,5\%$ nhu cầu năng lượng và $57,8 [0,0; 75,8]\%$ nhu cầu đạm trong ngày 1, so với mức rất thấp ở nhóm chứng (lần lượt là $39,1 \pm 25,1\%$ và $0,55 [0; 85,9]\%$). Từ ngày hậu phẫu thứ hai, nhóm can thiệp đã duy trì được mức cung cấp năng lượng trên 95% và đạm gần đạt ngưỡng khuyến nghị, trong khi nhóm chứng luôn ở mức thấp hơn. Hơn nữa, mức độ đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi là một kết quả đáng chú ý khi so sánh với nghiên cứu của Constansia và cộng sự (2022) cho thấy phần lớn bệnh nhân ung thư vùng bụng sau phẫu thuật lớn không đạt được nhu cầu năng lượng và protein trong tuần đầu hậu phẫu. Ngay cả trong các chương trình ERAS, việc đạt đủ mục tiêu dinh dưỡng cũng là một thách thức, như nghiên cứu của Yeung và cộng sự (2017) đã ghi nhận. Điều này cho thấy phác đồ kết hợp linh hoạt giữa nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm và dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung,

dưới sự giám sát chặt chẽ của chuyên gia dinh dưỡng, là một chiến lược khả thi và hiệu quả để đáp ứng nhu cầu chuyển hóa cao ở bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

Nghiên cứu của chúng tôi có điểm mạnh là thiết kế can thiệp tiến cứu và đã áp dụng thành công phương pháp ghép cặp theo điểm xu hướng (PSM), giúp đảm bảo tính tương đồng giữa hai nhóm và tăng độ tin cậy của kết quả. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, việc thực hiện tại một trung tâm có thể làm giảm tính khái quát hóa của kết quả. Thứ hai, thời gian theo dõi chỉ giới hạn đến lúc bệnh nhân xuất viện, chưa đánh giá được các kết cục dài hạn. Vì vậy, các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi kéo dài sau xuất viện là cần thiết để khẳng định và mở rộng các kết quả của nghiên cứu này trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Chương trình can thiệp dinh dưỡng chu phẫu mới đã cho thấy hiệu quả cao hơn so với quy trình thường quy trong việc cải thiện các chỉ số dinh dưỡng cho bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

So với nhóm chứng, nhóm can thiệp có tỷ lệ cải thiện tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA cao hơn và tỷ lệ xấu đi thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê ($p=0,043$). Đồng thời, nhóm can thiệp cũng ghi nhận mức độ sụt cân, giảm chỉ số BMI và vòng cánh tay sau phẫu thuật thấp hơn đáng kể ($p<0,001$). Hiệu quả này tương ứng với việc nhóm can thiệp được cung cấp năng lượng và đạm sớm, đạt tỷ lệ đáp ứng nhu cầu cao hơn rõ rệt trong những ngày đầu hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr Edinb Scotl. 2021;40(7):4745-4761. doi:10.1016/j.clnu.2021.03.031
2. Robella M, Tonello M, Berchialla P, et al. Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Program for Patients with Peritoneal Surface Malignancies Undergoing Cytoreductive Surgery with or without HIPEC: A Systematic Review and a Meta-Analysis. Cancers.2023;15(3):570. doi:10.3390/cancers15030570
3. Tuấn VNA, Sang NĐT, Đức VT, Việt PT, Nghĩa ĐN. Đánh giá bước đầu hiệu quả của ERAS trong phẫu thuật nội soi ung thư đại-trực tràng.
4. Lưu LH, Duy NQ, Anh NT, et al. Kết quả ban đầu áp dụng quy trình phục hồi nhanh sau phẫu thuật cắt đại tràng. Published online 2018.
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn nhịn ăn uống và cung cấp carbohydrate trước phẫu thuật chương trình. Vol 181/QĐ-BYT.; 2024.
6. Minh ĐĐ, Phương ĐN, Tường TTA, Cường PH. Đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng trên bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày. Tạp Chí Ung Thư Học Việt Nam. 2020;5(2).
7. Zhang J, Huang F, Niu R, et al. Short-term and long-term outcomes of laparoscopic surgery for locally recurrent rectal cancer: a propensity score-matched cohort study. Tech Coloproctology. 2024;28(1):100. doi:10.1007/s10151-024-02977-5
8. Tayar DO, Jr UR, Ceconello I, Magalhães TM, Simões CM, Jr JOCA. Propensity score matching comparison of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer in a middle-income country: short-term outcomes and cost analysis. Clin Outcomes Res. 2018;10:521-527. doi: 10.2147/CEOR.S173718
9. Jie B, Jiang ZM, Nolan MT, Zhu SN, Yu K, Kondrup J. Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk. Nutr Burbank Los Angel Cty Calif. 2012;28(10):1022-1027. doi:10.1016/j.nut.2012.01.017
10. Rowley A, Adiamah A, Kushairi A, Lewis SJ, Lobo DN. The effect of post-discharge oral nutritional supplements on outcomes after gastrointestinal surgery: A systematic review and meta-analysis. Clin Nutr Edinb Scotl. 2023;42(7): 1189-1201. doi:10.1016/j.clnu.2023.04.028

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC ĐỐT HẠCH GIAO CẢM ĐIỀU TRỊ TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Phú Hải¹, Lô Quang Nhật²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Hải

Email: hainguyenbvdg@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

Mục tiêu: 1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay được phẫu thuật nội soi điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực đốt hạch giao cảm điều trị tăng tiết mồ hôi tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt hạch giao cảm ngực điều trị tăng tiết mồ hôi tay từ năm 2021 đến năm 2025. **Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi ≤ 28 tuổi