

bệnh nhân được điều trị atorvastatin liều cao (80 mg/ngày) và LDL-C < 70mg/dL (1,8mmol/L) [10].

Tóm lại, kiểm soát LDL-C có cải thiện sau điều trị, nhưng non-HDL-C vẫn còn thấp, đặc biệt ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch rất cao. Việc tối ưu hóa liệu pháp statin và kết hợp thuốc không statin có thể giúp cải thiện hơn nữa hiệu quả kiểm soát lipid máu trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ BN tăng cholesterol là 18,4%; tăng LDL-C cao là 9,6% và tăng rất cao là 4,4%; tỷ lệ BN giảm HDL là 23,7%. Tỷ lệ rối loạn lipid máu kết hợp là 8,6%, rối loạn cholesterol và triglycerid có tỷ lệ lần lượt là 18,4% và 21,9%. Tỷ lệ BN có và 94,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rishi K. Wadhera, Dylan L. Steen, et al.,** A review of low-density lipoprotein cholesterol, treatment strategies, and its impact on cardiovascular disease morbidity and mortality. *J Clin Lipidol*, 2016. 10: p. 472-489.
2. **Kian-Keong Poh, et al.,** Low-density lipoprotein cholesterol target achievement in patients surviving an acute coronary syndrome in Hong Kong and Taiwan - findings from the Dyslipidemia International Study II. *Int J Cardiol*, 2018. 265:p.1-5.
3. **Etienne Puymirat, Tabassome Simon, et al.,** Acute myocardial infarction: changes in patient characteristics, management, and 6-month outcomes over a period of 20 years in the FAST-

MI Program (French Registry of Acute ST-Elevation or Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) 1995-2015. *Circulation*, 2017. 136: p. 1908-1919.

4. **Karthikeyan G, T.K., Islam S, et al.,** Lipid profile, plasma apo lipoproteins, and risk of a first myocardial infarction among Asians: an analysis from the INTERHEART Study. *J Am Coll Cardiol*, 2009. 53: p. 244-253.
5. **Sahadeb P. Dhungana, et al.,** Prevalence of Dyslipidemia in Patients with Acute Coronary Syndrome Admitted at Tertiary Care Hospital in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*, 2020. 58(224): p. 204-208.
6. **Nguyễn Hữu Việt và cs,** Đặc điểm rối loạn chuyển hóa lipid máu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên vào khoa cấp cứu bệnh viện Hữu Nghị. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2024. 1B - 2024.
7. **Nguyễn Văn Sĩ,** Kiểm soát non HDL-C sau khi đạt mục tiêu LDL-C trên người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024. 537, tháng 1 năm 2024.
8. **Hà Phạm Trọng Khang và cs,** Khảo sát thực trạng kiểm soát LDL-C trên bệnh nhân cao tuổi có hội chứng vành mạn. *Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh*, 2022.
9. **Đình Vũ Phương Thảo,** Khảo sát tình hình điều trị tăng LDL-C trên bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, 2018.
10. **Keith A. A. Fox, Kathryn F. Carruthers, et al.** Underestimated and under-recognized: The late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UK-Belgian Study). *Eur. Heart J.*, 2010. 31: p. 2755-2764.

THỰC HÀNH DINH DƯỠNG SAU PHẪU THUẬT CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2025

Lê Đức Thuận¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹

Từ khóa: Dinh dưỡng sau mổ, ung thư đại trực tràng.

SUMMARY

POSTOPERATIVE NUTRITION PRACTICE OF COLORECTAL CANCER PATIENTS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2025

Objectives: Describe the post-operative nutritional practices of colorectal cancer patients at Viet Tiep Friendship Hospital in 2025. **Research subjects and methods:** cross-sectional description, convenience sampling. **Results and conclusions:** Although the knowledge rate is quite high, the level of nutritional practice is not commensurate. Only 22.9% of patients practice good nutrition, while 77.1% practice poorly. Limited nutritional behaviors such as not supplementing whole grains (60%), eating less after surgery (44.8%) and not maintaining a full daily diet show that there is still a gap between awareness and action. **Keywords:** Post-operative nutrition, colorectal cancer.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực hành dinh dưỡng sau phẫu thuật của người bệnh ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả và kết luận:** Mặc dù có tỷ lệ kiến thức khá cao nhưng mức độ thực hành dinh dưỡng lại chưa tương xứng. Chỉ có 22,9% người bệnh thực hành dinh dưỡng tốt, trong khi có đến 77,1% thực hành chưa tốt. Các hành vi dinh dưỡng còn hạn chế như không bổ sung ngũ cốc nguyên cám (60%), ăn ít hơn sau phẫu thuật (44,8%) và chưa duy trì chế độ ăn đủ bữa/ngày cho thấy vẫn tồn tại khoảng cách giữa nhận thức và hành động.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền Trang

Email: huyentrang@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới, đứng thứ ba về tần suất và thứ hai về nguyên nhân tử vong liên quan đến ung thư. Theo GLOBOCAN 2022, cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế ước tính trên toàn cầu ghi nhận hơn 1,93 triệu ca mắc mới và gần 935.000 ca tử vong do ung thư đại trực tràng [1]. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng cũng đang trở thành một vấn đề sức khỏe đáng lo ngại. Năm 2022, cả nước ghi nhận 16.835 ca mắc mới, đứng đầu trong nhóm các loại ung thư đường tiêu hóa và xếp thứ 5 trong danh sách các loại ung thư phổ biến nhất. Đây cũng là nguyên nhân dẫn đến 8.454 ca tử vong trong năm [2]. Tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, phần lớn người bệnh UTĐTT được phát hiện ở giai đoạn muộn, khiến việc điều trị phức tạp và đòi hỏi phẫu thuật là phương pháp chủ đạo. Kiến thức và thực hành dinh dưỡng đúng đắn đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao sức khỏe và chất lượng cuộc sống cho người bệnh UTĐTT hậu phẫu. Tuy nhiên hiện nay vẫn đề về kiến thức và thực hành dinh dưỡng sau phẫu thuật UTĐTT vẫn chưa được quan tâm đúng mức, đặc biệt trong bối cảnh điều kiện kinh tế còn nhiều khó khăn. Trong khi đó, nhu cầu cung cấp thông tin và hướng dẫn dinh dưỡng hợp lý là rất cấp thiết để người bệnh có thể duy trì sức khỏe tối ưu trong giai đoạn hậu phẫu, giảm nguy cơ biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống. Xuất phát từ thực tế đó, đề tài "Thực trạng kiến thức và thực hành dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2025", được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả thực hành dinh dưỡng sau phẫu thuật của người bệnh ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng đang khám và điều trị ngoại trú tại khoa Trung Tâm Ung Bướu – Y học hạt nhân và phòng khám Ung bướu 1, 2, 3; Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tối thiểu 6 tháng, đủ 18 tuổi, có khả năng nghe, hiểu và trả lời phỏng vấn, đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh bị bệnh nặng nên không có khả năng trả lời các câu hỏi, dưới 18 tuổi, không muốn tham gia nghiên cứu, chưa phẫu thuật hoặc sau phẫu thuật dưới 6 tháng.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thực hiện từ tháng 11 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025 tại Trung tâm Ung bướu – Y học Hạt nhân và phòng khám Ung bướu 1, 2, 3. Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ những người bệnh đáp ứng tiêu chí lựa chọn, đang khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2025 trong thời gian tiến hành nghiên cứu. Trong thời gian thu thập số liệu, có 105 đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn được lựa chọn.

2.4. Công cụ thu thập số liệu

- Bộ công cụ được xây dựng dựa theo công cụ được thiết kế sẵn, dựa trên việc tham khảo các nghiên cứu trước đó [3],[4].

- Cấu trúc của bộ công cụ:

Phần A: Bảng câu hỏi thông tin chung về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Phần B: Các câu hỏi về kiến thức dinh dưỡng sau phẫu thuật.

Phần C: Các câu hỏi về thực hành dinh dưỡng sau phẫu thuật. Các câu hỏi trong phần này được chia thành sáu nhóm chính, bao gồm: Chất bột đường và ngũ cốc; Chất đạm và thực phẩm giàu protein; Rau xanh và trái cây; Thực phẩm chế biến sẵn; Đồ uống; Thói quen ăn uống và chế biến thực phẩm. Mỗi câu hỏi tập trung vào tần suất tiêu thụ hoặc mức độ áp dụng các thói quen dinh dưỡng cụ thể, giúp đánh giá thực trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu. Mỗi câu trả lời đúng chấm 1 điểm, trả lời sai chấm 0 điểm. Phổ điểm từ 0-10, sử dụng điểm cắt là 50% để đánh giá người bệnh có thực hành đầy đủ có điểm ≥ 5 và người bệnh có thực hành chưa đầy đủ có điểm < 5 .

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Hướng dẫn, giải thích cho người tham gia nghiên cứu và nhận được sự đồng ý bằng văn bản của người tham gia nghiên cứu;

- Một cuộc phỏng vấn trực tiếp đã được tiến hành, trong đó người phỏng vấn trực tiếp đặt câu hỏi. Các câu trả lời của mỗi người tham gia được ghi lại ngay vào bảng câu hỏi và được đánh dấu bằng một mã số tham chiếu.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Phân tích mô tả những bảng, biểu thể hiện tần số của các biến nghiên cứu. Phân tích đơn biến để xác định thực trạng kiến thức và thực hành dinh dưỡng của người bệnh.

2.7. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được

thông qua hội đồng khoa học Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương (số 221/QĐ-ĐHKTYTHD ngày 25/12/2024). Đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Khảo sát 105 người bệnh tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình 64,5 ± 11,3 tuổi, thu nhập trung bình 2,1 ± 3,3 triệu VNĐ và thời gian từ khi phẫu thuật trung bình 6 ± 7,2 tháng. Nam giới (n=64) có tuổi (65,7 ± 11,1 tuổi), thu nhập (2,7 ± 3,7 triệu VNĐ) và thời gian từ khi phẫu thuật (7 ± 8,2 tháng) cao hơn nữ giới (n=41; lần lượt 62,6 ± 11,3 tuổi, 1,3 ± 2,4 triệu VNĐ, 5 ± 5,4 tháng)

Bảng 3.1. Tuổi trung bình, thu nhập và thời gian từ khi phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=105)	Nam (n=64)	Nữ (n=41)
Tuổi (TB±SD)	64,5±11,3 tuổi	65,7±11,1 tuổi	62,6±11,3 tuổi
Thu nhập hàng tháng (TB±SD)	2,1±3,3 triệu VNĐ	2,7±3,7 triệu VNĐ	1,3±2,4 triệu VNĐ
Thời gian từ khi phẫu thuật (TB±SD)	6±7,2 tháng	7±8,2 tháng	5±5,4 tháng

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu sống ở vùng nông thôn (58%) và hầu hết là người đã nghỉ hưu hoặc nội trợ (47,6% "Khác: Nội trợ", 35,2% "Người cao tuổi, đã nghỉ hưu"). Tỷ lệ cao nhất có trình độ học vấn trung học là 37,1%. Phần lớn nhận được sự hỗ trợ trong nấu ăn (78,1%) và đang trải qua các phương pháp điều trị kết hợp như hóa trị (38,1%), xạ trị (30,5%) hoặc dùng thuốc (17,1%). Tuy nhiên, chỉ có 36,2% đối tượng tuân theo chế độ dinh dưỡng được tư vấn.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm nhân khẩu học và lối sống của đối tượng nghiên cứu

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới: Nam	64	61
Nữ	41	39
Địa chỉ: Thành phố	44	42
Nông thôn	61	58
Nghề nghiệp		
Học sinh/sinh viên	0	0
Cán bộ, công chức, viên chức	0	0
Công nhân, nông dân	18	17,1
Già, hưu trí	37	35,2
Khác: Nội trợ	50	47,6
Trình độ học vấn		
Không biết chữ	6	5,7

Tiểu học	14	13,3
THCS	39	37,1
THPT	31	29,5
Trung cấp, CĐ chuyên nghiệp	8	7,6
Đại học/sau đại học	7	6,7
Hỗ trợ trong nấu ăn		
Có	82	78,1
Không	23	21,9
Kết hợp phương pháp điều trị		
Xạ trị	32	30,5
Hóa trị	40	38,1
Uống thuốc	39	37,1
Khác	6	5,7
Thực hiện chế độ dinh dưỡng được tư vấn		
Có	38	36,2
Không	67	63,8

3.2. Thực hành dinh dưỡng của người bệnh UTĐTT sau phẫu thuật. Về thực hành dinh dưỡng, 44,8% ĐTNC ăn ít hơn so với trước phẫu thuật, và 74,3% ăn đầy đủ rau xanh và trái cây hàng ngày. Đa số thỉnh thoảng sử dụng thực phẩm chế biến sẵn (61%) và thỉnh thoảng ăn thịt đỏ (64,8%). Cách chế biến chủ yếu là luộc, hấp (56,2%). Phần lớn không sử dụng đồ uống có cồn (92,4%) và uống đủ nước mỗi ngày (90,5%). Đối tượng nghiên cứu chủ yếu ăn 2-3 bữa/ngày (79%). Tuy nhiên, 60% không bổ sung ngũ cốc nguyên cám vào chế độ ăn.

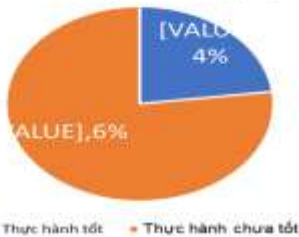
Bảng 3.3. Thực hành dinh dưỡng của NB UTĐTT sau phẫu thuật (n=105)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chế độ ăn hiện tại so với trước phẫu thuật	Giống như trước	40 38,1
	Ăn nhiều hơn	18 17,1
	Ăn ít hơn	47 44,8
	Ăn kiêng	0 0
Mức độ tiêu thụ rau xanh và trái cây	Ăn đầy đủ hàng ngày	78 74,3
	Ăn ít	20 19
	Hầu như không ăn	7 6,7
Tần suất sử dụng thực phẩm chế biến sẵn	Thường xuyên	41 39
	Thỉnh thoảng	64 61
	Không ăn	0 0
Tần suất ăn thịt đỏ	Thường xuyên	11 10,5
	Thỉnh thoảng	68 64,8
	Không ăn	26 24,8
Cách chế biến thực phẩm chủ yếu	Luộc, hấp	59 56,2
	Nướng, chiên, rán	8 7,6
	Xào, kho	7 6,7
	Kết hợp nhiều cách	31 29,5
Tần suất sử	Thường xuyên	4 3,8

dụng đồ uống có cồn	Thỉnh thoảng	4	3,8
	Không sử dụng	97	92,4
Lượng nước uống mỗi ngày	Uống đủ	95	90,5
	Uống ít	10	9,5
	Hầu như không uống	0	0
Ăn bao nhiêu bữa trong ngày	2-3 bữa	83	79
	4-6 bữa	22	21
	Khác	0	0
Bổ sung ngũ cốc nguyên cám vào chế độ ăn	Thường xuyên	6	5,7
	Thỉnh thoảng	36	34,3
	Không ăn	63	60
Tần suất uống sữa và chế phẩm sữa ít béo	Thường xuyên	33	31,4
	Thỉnh thoảng	32	30,5
	Không ăn	40	38,1

Chỉ có 22,9% đối tượng nghiên cứu thực hành dinh dưỡng tốt, trong khi có đến 77,1% thực hành chưa tốt. Mặc dù ở các bảng trước cho thấy phần lớn đối tượng có kiến thức dinh dưỡng khá đầy đủ, nhưng tỷ lệ áp dụng kiến thức vào thực hành còn thấp.

Mức độ thực hành dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu (n=105)



Biểu đồ 3.1. Mức độ thực hành dinh dưỡng của ĐTNC (n=105)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực hành dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng trong nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy 44,8% người bệnh ăn ít hơn so với trước phẫu thuật, 38,1% giữ chế độ ăn giống như trước, và chỉ 17,1% ăn nhiều hơn, trong khi không có ai thực hiện chế độ ăn kiêng nghiêm ngặt, tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện K năm 2018 [5]. Sự giảm lượng thức ăn tiêu thụ có thể liên quan đến các tác động sinh lý sau phẫu thuật, như giảm cảm giác thèm ăn, khó tiêu hóa, hoặc đau bụng, vốn là những triệu chứng phổ biến ở người bệnh UTĐTT, theo nghiên cứu của Bui Thi Hong Loan và cộng sự (2018) [6]. Ngoài ra, việc không có người bệnh nào thực hiện chế độ ăn kiêng có thể phản ánh thiếu sự hướng dẫn cụ thể từ nhân viên y tế về chế độ dinh dưỡng đặc thù sau phẫu thuật, hoặc người bệnh chưa nhận thức được tầm quan trọng của việc điều chỉnh chế độ ăn để hỗ trợ hồi phục. Thói quen ăn uống trước đây cũng có thể ảnh hưởng, khiến

nhiều người bệnh tiếp tục chế độ ăn tương tự (38,1%) mà không thay đổi đáng kể và còn có thể do thiếu kiến thức dinh dưỡng, chán ăn hoặc khó khăn kinh tế.

Tuy nhiên, 74,3% ĐTNC ăn đầy đủ rau và trái cây, cao hơn so với nghiên cứu tại Thái Lan (2020, 50%) nơi chế độ ăn giàu thịt đỏ và thực phẩm chế biến sẵn phổ biến hơn. Đây là một điểm sáng trong thực hành dinh dưỡng. Điều này có thể được giải thích bởi nhận thức chung về lợi ích của rau xanh và trái cây trong việc cung cấp vitamin, chất xơ, và hỗ trợ tiêu hóa. Tuy nhiên, vẫn có 19% ăn ít và 6,7% hầu như không ăn, có thể do hạn chế về kinh tế, khó khăn trong việc tiêu hóa rau xanh (như đầy hơi), hoặc thiếu sự đa dạng trong cách chế biến khiến người bệnh không muốn tiêu thụ.

Có tới 79% ăn 2-3 bữa/ngày, điều này trái với khuyến cáo dinh dưỡng cho người bệnh UTĐTT, vốn khuyến khích ăn nhiều bữa nhỏ để giảm áp lực lên hệ tiêu hóa và cải thiện hấp thu dinh dưỡng, như được đề cập trong nghiên cứu của Linh Thuy Nguyen, et al (2021) [7]. Lý do có thể là do thói quen ăn uống truyền thống với 2-3 bữa chính, hoặc người bệnh cảm thấy khó khăn trong việc duy trì nhiều bữa nhỏ do mệt mỏi, giảm cảm giác thèm ăn, hoặc thiếu sự hỗ trợ trong việc chuẩn bị thức ăn.

Kết quả cho thấy 61% người bệnh chỉ thỉnh thoảng sử dụng thực phẩm chế biến sẵn và 64,8% thỉnh thoảng ăn thịt đỏ, với 24,8% không ăn thịt đỏ. Điều này phản ánh một xu hướng tích cực trong việc hạn chế các thực phẩm có nguy cơ gây hại cho sức khỏe, như thực phẩm chế biến sẵn (chứa nhiều muối và chất bảo quản) và thịt đỏ (liên quan đến viêm và nguy cơ tái phát ung thư. Tuy nhiên, 39% vẫn thường xuyên sử dụng thực phẩm chế biến sẵn, có thể do sự tiện lợi, giá thành rẻ, hoặc thói quen ăn uống trước đây. Việc 10,5% thường xuyên ăn thịt đỏ, dù là tỷ lệ thấp, có thể xuất phát từ văn hóa ẩm thực Việt Nam, nơi thịt đỏ là nguồn protein phổ biến, hoặc do thiếu thông tin về tác động tiêu cực của thịt đỏ đối với người bệnh UTĐTT. Theo điều tra của Viện Dinh dưỡng, lượng tiêu thụ thịt đỏ trong khẩu phần ăn của người Việt Nam đang có xu hướng gia tăng đáng kể. Cụ thể, kết quả từ các cuộc điều tra dinh dưỡng toàn quốc cho thấy mức tiêu thụ thịt bình quân đầu người mỗi ngày đã tăng từ 51g vào năm 2000 lên 84g vào năm 2010, và đến năm 2020 con số này đạt 134,5g/ngày. Sự thay đổi này phản ánh sự chuyển dịch rõ rệt trong thói quen ăn uống trong vài thập kỷ gần đây, nhiều nghiên cứu dịch tễ và lâm sàng hiện nay đang tập trung vào mối liên hệ giữa chế

độ ăn và nguy cơ mắc các bệnh mạn tính, trong đó có ung thư [8].

Về phương pháp chế biến, 56,2% người bệnh chọn luộc, hấp, do hạn chế dầu mỡ và dễ tiêu hóa. Trong khi nướng, chiên, rán chỉ chiếm 7,6%. Điều này cho thấy người bệnh có xu hướng lựa chọn các phương pháp nấu ăn lành mạnh, ít chất béo, phù hợp với khuyến cáo dinh dưỡng sau phẫu thuật. Luộc và hấp giúp bảo toàn chất dinh dưỡng và giảm lượng dầu mỡ, hỗ trợ tiêu hóa và giảm gánh nặng cho hệ tiêu hóa. Tuy nhiên, 29,5% sử dụng kết hợp nhiều cách chế biến, bao gồm cả xào và kho, có thể do thói quen ẩm thực hoặc thiếu hướng dẫn cụ thể về việc ưu tiên các phương pháp chế biến tối ưu.

Việc 92,4% người bệnh không sử dụng đồ uống có cồn là một thực hành đáng khích lệ, vì rượu bia có thể làm tăng nguy cơ viêm và ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình hồi phục, theo các nghiên cứu về dinh dưỡng trong ung thư. Tuy nhiên vẫn còn có vấn đề tới 3,8% thường xuyên và 3,8% thỉnh thoảng sử dụng đồ uống có cồn. Với 90,5% uống đủ nước mỗi ngày, điều này có thể được giải thích bởi nhận thức cao của người bệnh về tầm quan trọng của hydrat hóa, vốn được nhấn mạnh trong giáo dục y tế và dễ thực hiện. Tuy nhiên, 9,5% uống ít nước, có thể do cảm giác khó chịu khi uống nhiều nước, lười uống, không cảm thấy khát hoặc thiếu sự nhắc nhở từ người chăm sóc.

Kết quả đáng lo ngại là 60% người bệnh không bổ sung ngũ cốc nguyên cám và chỉ 5,7% sử dụng thường xuyên do khó thay đổi thói quen ăn uống. Điều này có thể do thiếu nhận thức về lợi ích của ngũ cốc nguyên cám (như cung cấp chất xơ và hỗ trợ tiêu hóa), hoặc do khó khăn trong việc tiếp cận hoặc chế biến các loại thực phẩm này, đặc biệt ở những khu vực có điều kiện kinh tế hạn chế. Tương tự, 38,1% không uống sữa và chế phẩm sữa ít béo, trong khi chỉ 31,4% sử dụng thường xuyên. Nguyên nhân có thể bao gồm không quen với việc tiêu thụ sữa, lo ngại về khó tiêu (như không dung nạp lactose), hoặc chi phí cao của các sản phẩm sữa ít béo.

Nhìn chung, thực hành dinh dưỡng của người bệnh còn hạn chế, các khái niệm dinh dưỡng chuyên sâu còn hạn chế, điều này ảnh hưởng trực tiếp đến thực hành. Thiếu giáo dục dinh dưỡng chuyên biệt là một rào cản lớn. Các triệu chứng như giảm cảm giác thèm ăn, khó tiêu, hoặc đau có thể khiến người bệnh ăn ít hơn hoặc tránh một số thực phẩm, như ngũ cốc nguyên cám hoặc sữa. Văn hóa ẩm thực Việt Nam ưu tiên các món ăn truyền thống, có thể không bao gồm ngũ cốc nguyên cám hoặc sữa ít

béo. Ngoài ra, chi phí của các thực phẩm lành mạnh như ngũ cốc nguyên cám hoặc sữa ít béo có thể là rào cản đối với một số người bệnh. Và cuối cùng, thiếu hướng dẫn cụ thể từ nhân viên y tế hoặc các chương trình giáo dục dinh dưỡng có thể dẫn đến việc người bệnh không thay đổi thói quen ăn uống hoặc không thực hiện các khuyến cáo như ăn nhiều bữa nhỏ. Từ đó, đòi hỏi nhân viên y tế tăng cường giáo dục và tư vấn để đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý, hỗ trợ điều trị hiệu quả, cần tăng cường giáo dục dinh dưỡng cho người bệnh UTĐTT sau phẫu thuật, tập trung vào các khía cạnh như lợi ích của ngũ cốc nguyên cám, sữa ít béo, và chế độ ăn nhiều bữa nhỏ. Các chương trình giáo dục nên sử dụng ngôn ngữ dễ hiểu, tài liệu trực quan, và phù hợp với văn hóa địa phương. Ngoài ra, cần sự hợp tác giữa bệnh viện, tổ chức y tế, và cộng đồng để cung cấp thực phẩm lành mạnh với giá cả hợp lý và hỗ trợ người bệnh trong việc thay đổi hành vi dinh dưỡng. Các nghiên cứu trong tương lai nên đánh giá hiệu quả của các chương trình can thiệp dinh dưỡng để tối ưu hóa kết quả hồi phục.

Về mức độ thực hành về dinh dưỡng cho thấy một thực trạng đáng lo ngại khi chỉ có 22,9% đối tượng nghiên cứu thực hành dinh dưỡng tốt, trong khi có đến 77,1% vẫn thực hành chưa tốt. Sự chênh lệch lớn này cho thấy khoảng cách đáng kể giữa kiến thức và hành vi thực tế, đồng nghĩa với việc có kiến thức chưa đủ để thay đổi thói quen dinh dưỡng. Dù rằng phần lớn đối tượng có kiến thức dinh dưỡng khá đầy đủ, nhưng việc áp dụng kiến thức vào thực hành lại chưa đạt được kết quả tương xứng. Điều này có thể do nhiều nguyên nhân như: thiếu động lực thay đổi hành vi, thói quen ăn uống đã hình thành lâu dài, thiếu điều kiện tiếp cận thực phẩm phù hợp, hoặc thiếu hướng dẫn cụ thể về cách áp dụng kiến thức vào đời sống hàng ngày. Kết quả này nhấn mạnh rằng giáo dục dinh dưỡng không chỉ dừng lại ở việc cung cấp kiến thức, mà còn cần có các chương trình hỗ trợ thay đổi hành vi, ví dụ như tư vấn cá nhân, hướng dẫn lập kế hoạch bữa ăn, mô hình dinh dưỡng mẫu, hoặc tổ chức hoạt động tương tác nhằm giúp người dân hình thành kỹ năng lựa chọn và chế biến thực phẩm lành mạnh.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Mặc dù có tỷ lệ kiến thức khá cao, nhưng mức độ thực hành dinh dưỡng lại chưa tương xứng. Chỉ có 22,9% người bệnh thực hành dinh dưỡng tốt, trong khi có đến 77,1% thực hành chưa tốt. Các hành vi dinh dưỡng còn hạn chế như không bổ sung ngũ cốc nguyên cám (60%),

ăn ít hơn sau phẫu thuật (44,8%) và chưa duy trì chế độ ăn đủ bữa/ngày cho thấy vẫn tồn tại khoảng cách giữa nhận thức và hành động.

Từ kết quả trên chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau: Tăng cường hoạt động truyền thông và giáo dục dinh dưỡng, đặc biệt tập trung vào các nội dung còn hạn chế như vai trò của chất bột đường, chất béo, ngũ cốc nguyên cám và omega-3. Xây dựng và triển khai các chương trình tư vấn dinh dưỡng cá thể hóa, phù hợp với đặc điểm bệnh lý, thể trạng và khả năng tiếp nhận thông tin của từng người bệnh. Đào tạo, nâng cao năng lực cho nhân viên y tế trong việc tư vấn và theo dõi dinh dưỡng cho người bệnh ung thư sau phẫu thuật, nhằm đảm bảo kiến thức được chuyển hóa thành hành vi chăm sóc sức khỏe đúng đắn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J., Sung H., Laversanne M., et al (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, CA Cancer J Clin, 74(3), 229–263.
2. International Agency for Research on Cancer (IARC) | Global Cancer Observatory - Vietnam Population fact sheets, <https://gco.iarc.fr/today/data/fact-sheet/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>, accessed: 02/01/2025
3. Vũ Văn Đẩu, Phạm Thị Thu Hiền 2023, Kiến thức, thái độ, thực hành về dinh dưỡng trong điều trị ung thư của người bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020, Tạp chí y học Việt Nam, 527(1), 315-319..
4. Caroline Wakuthie Muthike 2013, Nutritional knowledge in association with dietary practices of cancer patients: A case study of Kenyatta national Hospital cancer treatment center, Nairobi, Master's Dissertation, University of Nairobi.
5. Nguyễn Thị Hồng Tiên (2018). Nhận thức về dinh dưỡng của người bệnh và người nhà người bệnh tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều 2018. Hội nghị dinh dưỡng, Đại học Y Hà Nội, Viện dinh dưỡng lâm sàng, 33-40.
6. Bui Thị Hồng Loan, Shinji Nakahara, Bui An Tho, et al (2018). Nutritional status and postoperative outcomes in patients with gastrointestinal cancer in Vietnam: a retrospective cohort study. Nutrition, 48, 117-121.
7. Linh Thuy Nguven, Anh Kim Dana, Phuong Thi Duong, et al (2021). Nutrition intervention is beneficial to the quality of life of patients with gastrointestinal cancer undergoing chemotherapy in Vietnam. Cancer Med, 10(5), 1668-1680.
8. Viện Dinh dưỡng Quốc gia. 2021. Ung thư và mối liên quan đến dinh dưỡng [Internet]. Chuyên trang Viện Dinh dưỡng Quốc gia. Accessed December 24, 2024. <https://chuyentrang.vien dinhduong.vn/vi/dinh-duong-va-benh-khong-lay-nhiem/ung-thu-va-moi-lien-quan-den-dinh-duong.html>

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ CHỈ SỐ XÉT NGHIỆM DÒNG HỒNG CẦU VÀ BILAN SẮT Ở NGƯỜI BỆNH THIẾU MÁU THIẾU SẮT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH

Nguyễn Thị Huyền¹, Nguyễn Thị Thu Phương¹, Lương Tố Quyên²

TÓM TẮT

Thiếu máu thiếu sắt (TMTS) là một trong những bệnh lý huyết học phổ biến nhất, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển [1]. Việc chẩn đoán TMTS cần kết hợp thăm khám lâm sàng với các xét nghiệm cận lâm sàng, trong đó các chỉ số dòng hồng cầu và bilan sắt (gồm sắt huyết thanh, ferritin và transferrin) đóng vai trò quan trọng. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm các chỉ số dòng hồng cầu, bilan sắt và phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ thiếu máu ở người bệnh TMTS tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh (từ tháng 02 đến tháng 05 năm 2025). **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 108 người

bệnh. Các chỉ số xét nghiệm được thu thập gồm: HGB, RBC, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW, sắt huyết thanh, ferritin và transferrin. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. **Kết quả:** Nữ giới chiếm 74,07%, tuổi trung bình 52,27 ± 16,79. Mất máu mạn là nguyên nhân phổ biến nhất (61,1%). Đa số người bệnh có hồng cầu nhỏ, nhược sắc; các chỉ số HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC giảm; RDW tăng. Nồng độ ferritin <15 ng/mL được ghi nhận ở 81,5% trường hợp. Thiếu máu mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (50,9%). Mức độ thiếu máu có liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính, nguyên nhân bệnh và nồng độ sắt huyết thanh. **Kết luận:** TMTS thường gặp ở nữ trung niên, chủ yếu do mất máu mạn tính. Các chỉ số huyết học và bilan sắt, đặc biệt ferritin và transferrin, có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá mức độ thiếu máu. **Từ khóa:** Thiếu máu thiếu sắt, hemoglobin, ferritin, transferrin, bilan sắt.

SUMMARY

A STUDY ON RED BLOOD CELL INDICES AND IRON PROFILE IN PATIENTS WITH

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền

Email: huyenhh169hmtu@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025