

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân MPS chúng tôi nhận thấy đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân MPS I, II, VI bao gồm các dấu hiệu đặc trưng sau: lưỡi to (82,6%), mắt lồi (78,2%), thiếu răng trên lâm sàng (34,8%), tăng sản lợi (34,8%), răng thừa (34,8%), răng taurodontism (85,7 %, tương ứng 6/7 bệnh nhân chụp phim XQ), răng ngầm, nang thân răng (57,1%, tương ứng 4/7 bệnh nhân) và bao mầm răng lớn (100% - 7/7 bệnh nhân). Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân MPS IVA bao gồm: mắt lồi (33,3%), răng nhỏ nhọn (66,7%), cắn chéo (44.4%), sinh men bất toàn (33,3%), răng taurodontism (25% - tương ứng 1/4 bệnh nhân chụp XQ).

Dựa trên các dấu hiệu lâm sàng vùng răng hàm mặt trên, góp phần củng cố thêm các đặc điểm bệnh học của bệnh MPS, giúp bác sĩ thêm cơ sở dữ liệu để định hướng chẩn đoán, điều trị bệnh. Đồng thời cung cấp thêm dữ liệu giúp các bác sĩ theo dõi sát bệnh nhân, dự phòng các biến chứng vùng răng hàm mặt có thể xảy ra gây ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân MPS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wraith.J.E** (1995). The mucopolysaccharidoses: a clinical review and guide to management. Arch. Dis. Child., 72, 263–267.
2. **Dmitry José de Santana Sarmento, Sérgio Henrique Gonçalves de Carvalho, Saulo Leonardo Sousa Melo, et al** (2015). Mucopolysaccharidosis: radiographic findings in a series of 16 cases. Oral And Maxillofacial Radiology, 120 (6), 240-246.
3. **Dilşah Coğulu, Sema Kalkan Uçar, Ebru Canda, Elif Kantar Atila, Ali Rıza Alpöz, Mahmut Çoker** (2025). Orofacial manifestations in mucopolysaccharidoses: a comprehensive clinical and radiographic evaluation of 35 pediatric cases, Head & Face Medicine, Volume 21, article number 90.
4. **Renata Quirino de.A, Paula Frassinetti.V de. M, et al** (2018). Evaluation of oral manifestations of patients with mucopolysaccharidosis IV and VI: clinical and imaging study. Clin Oral Invest, 22, 201-208.
5. **Janardhanam Dineshshankar, Muniapillai Sivakumar, G. Kesavan et al** (2014). Taurodontism. J Pharm Bioallied Sci, 6 (1), 13-15.
6. **G. Guven, Z.C. Cehreli, C. Altun, et al** (2008). Mucopolysaccharidosis type I (Hurler syndrome): oral and radiographic findings and ultrastructural/chemical features of enamel and dentin. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., 105(1), 72-78.
7. **S. Sharma, J. R. Sabharwal, P. Datta, and S. Sood** (2012). Clinical manifestation of Hurler syndrome in a 7 year old child. Contemp Clin Dent, 3 (1), 86-89.
8. **Alessandra M, Maria G.B, Laura M. & Simonetta T** (2018). Anesthesiological risks in mucopolysaccharidoses. Ital J Pediatr, 44 (2), 116.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LÂM SÀNG GIỮA CHO ĂN SỚM VÀ MUỘN QUA ĐƯỜNG MIỆNG SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI DƯỚI GÂY TÊ TỬ SÓNG

Đỗ Văn Lợi¹, Lưu Thị Như Ngọc², Trần Thị Hồng Vân³, Nguyễn Thị Thanh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả lâm sàng và cận lâm sàng của các sản phụ sau phẫu thuật lấy thai dưới gây tê tủy sống được cho ăn sớm hay muộn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập tiến cứu trên 100 sản phụ (SP) đều được cho ăn

thức ăn cháo thịt lỏng mềm, chia làm hai nhóm: Nhóm ăn muộn (nhóm M): Cho ăn theo thường quy của bệnh viện (thường sau mổ 8 giờ); Nhóm ăn sớm (nhóm S): Cho ăn sau 4 giờ phẫu thuật. Các biến số về kết quả lâm sàng (thời gian xuất hiện nhu động ruột trở lại, thời gian trung tiện, sự hài lòng của SP), các kết quả xét nghiệm (đường huyết và điện giải trước, sau mổ) được ghi lại.

Kết quả: Ở nhóm S, thời gian có nhu động ruột trở lại trung bình là $7,60 \pm 2,98$ giờ, trong khi ở nhóm M là $16,84 \pm 1,95$ giờ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tương tự, thời gian trung tiện đầu tiên ở nhóm S ($9,22 \pm 3,62$ giờ) ngắn hơn đáng kể so với nhóm M ($18,05 \pm 2,96$ giờ) với $p < 0,001$. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ đường máu và điện giải giữa hai nhóm tại các thời điểm trước mổ và sau ăn 2 giờ ($p > 0,05$). Mức độ hài lòng của SP không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm S và M ($p > 0,05$).

¹Bệnh viện Đại học Phenikaa

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Bệnh viện Từ Dũ

⁴Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Lợi

Email: loidv74@gmail.com,

Mã bài: N563

Ngày nhận bài: 5/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/3/2026

Ngày duyệt bài: 11/4/2026

Kết luận: Cho ăn sớm sau mổ lấy thai là một chiến lược an toàn và hiệu quả, giúp rút ngắn có ý nghĩa thời gian hồi phục nhu động ruột so với cho ăn muộn. Các chỉ số đường máu và điện giải duy trì ổn định cho thấy không xảy ra rối loạn chuyển hóa hay mất cân bằng điện giải sau mổ. Kết quả này ủng hộ việc áp dụng cho ăn sớm như một phần của chăm sóc chu phẫu góp phần thúc đẩy phục hồi sớm và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

Từ khóa: Cho ăn sớm qua đường miệng, phẫu thuật lấy thai, gây tê tủy sống.

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL OUTCOMES BETWEEN EARLY AND DELAYED ORAL FEEDING AFTER CESAREAN SECTION UNDER SPINAL ANESTHESIA

Objective: To evaluate the clinical and paraclinical outcomes of parturients after cesarean section under spinal anesthesia who were given early or delayed oral feeding.

Subjects and Methods: A prospective cohort study was conducted on 100 parturients, all receiving a soft liquid meat porridge diet. They were divided into two groups: the delayed feeding group (Group M), which followed the hospital's routine protocol (oral intake initiated approximately 8 hours after surgery), and the early feeding group (Group S), which commenced oral intake 4 hours after surgery. Clinical outcomes, including time to return of bowel sounds, time to first flatus, and maternal satisfaction, as well as laboratory parameters (blood glucose and serum electrolytes before surgery and 2 hours after feeding), were recorded and analyzed.

Results: In the early feeding group, the mean time to return of bowel sounds was 7.60 ± 2.98 hours, compared with 16.84 ± 1.95 hours in the delayed feeding group ($p < 0.001$). Similarly, the mean time to first flatus or defecation was 9.22 ± 3.62 hours in the early feeding group versus 18.05 ± 2.96 hours in the delayed feeding group ($p < 0.001$). No statistically significant differences were observed in blood glucose levels or serum electrolytes between the two groups at either the preoperative time point or 2 hours after feeding ($p > 0.05$). Maternal satisfaction did not differ significantly between Group S and Group M ($p > 0.05$).

Conclusion: Early oral feeding after cesarean section is a safe and effective strategy that significantly accelerates the recovery of bowel function compared with delayed feeding. Blood glucose and electrolyte levels remain stable, indicating no postoperative metabolic or electrolyte disturbances. These findings support the implementation of early oral feeding as part of modern perioperative care to promote early recovery and improve patient-centered outcomes.

Key words: early oral feeding, cesarean delivery, spinal anesthesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống là kỹ thuật vô cảm được lựa chọn hàng đầu cho mổ lấy thai vì dễ thực hiện, ít ảnh hưởng thai nhi và giúp SP tỉnh táo, có thể da kề da ngay sau sinh. Tuy nhiên, sau phẫu thuật, SP thường mệt vì thiếu năng lượng do nhịn ăn

trước mổ và tiêu hao năng lượng trong quá trình phẫu thuật, điều này có thể ảnh hưởng đến quá trình hồi phục. Thực hành truyền thống, SP phải nhịn ăn uống sau phẫu thuật ổ bụng cho đến khi trung tiện. Do đó, có thể dẫn đến nhiều bất lợi như kéo dài trạng thái dị hóa, chậm phục hồi chức năng tiêu hóa, tăng cảm giác mệt mỏi và đau sau mổ, đồng thời ảnh hưởng đến tiết sữa và chăm sóc con. Ngược lại, nhiều nghiên cứu cho thấy chức năng ruột non có thể hồi phục sớm sau 2 – 3 giờ, dạ dày sau 12 – 24 giờ và đại tràng sau 48 – 72 giờ (2). Khái niệm “Tăng cường hồi phục sau mổ lấy thai (ERAC)” giúp rút ngắn thời gian nằm viện, sớm gắn kết mẹ – con và tái hòa nhập cuộc sống (3). Nuôi dưỡng sớm giúp cải thiện tiêu hóa, giảm đau, rút ngắn hồi phục trong khi ăn quá muộn làm chậm phục hồi và kéo dài nằm viện (4). Khuyến cáo ERAS (Enhanced Recovery After Cesarean – Tăng cường hồi phục sau mổ) hiện nay đề nghị cho ăn sớm nếu không có chống chỉ định (5). Tuy nhiên, việc áp dụng cho ăn sớm trong thực hành lâm sàng vẫn còn nhiều khác biệt giữa các cơ sở, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển trong đó có Việt Nam, do lo ngại về tính an toàn. Do đó, nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá kết quả lâm sàng và cận lâm sàng của các SP sau mổ lấy thai dưới gây tê tủy sống được cho ăn sớm so với muộn để cải tiến chất lượng chăm sóc và nâng cao sự hài lòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các SP được mổ lấy thai, không có chống chỉ định và đồng ý tham gia nghiên cứu tại bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTW) từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2025.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: SP có độ tuổi từ 18 – 40, phân loại ASA I-II, chỉ số BMI từ 18,5 đến 30.

Tiêu chuẩn loại trừ: Dị ứng hoặc chống chỉ định với bất kỳ thuốc nào trong nghiên cứu, có các bệnh lý tim mạch, thận, gan, chuyển hóa hoặc nội tiết chưa được điều trị ổn định, có bệnh lý hô hấp nặng như COPD và hen phế quản, có biến chứng nặng cần chuyển hồi sức tích cực, mắc bệnh lý thần kinh, tâm thần, nghiện rượu, từ chối tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu: SP không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu, sau mổ có rối loạn về hô hấp, tuần hoàn, tai biến, biến chứng của phẫu thuật hoặc gây tê.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thuần tập tiến cứu.

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức

$$n_1 = n_2 = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) \times (Z_{1-\alpha/2} - Z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

Với $\sigma_1 = 1,7$ (theo Yunus Aydin và CS (6) thời gian có nhu động ruột đầu tiên của nhóm cho ăn sớm là $10,2 \pm 1,7$), $\sigma_2 \approx \sigma_1$ (thời gian dự kiến có nhu động ruột đầu tiên ước tính chậm hơn 10% so với nhóm cho ăn sớm nên $= 1,022$). Lấy $\alpha = 0,05$ thì độ tin cậy $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ và $\beta = 0,2$ lực mẫu $Z_{1-\beta} = 0,84$. Tính được cỡ mẫu $n_1 = n_2 = 44$. Chúng tôi chọn mỗi nhóm 50 SP.

Nhóm M: SP được cho ăn muộn hơn 8 giờ sau khi mổ.

- Nhóm S: SP được cho ăn sớm ngay 4 giờ sau mổ.

Quy trình thu thập số liệu: Số liệu được thu thập và ghi lại trong mẫu bệnh án nghiên cứu:

Thăm khám và tư vấn trước mổ: thu thập các số liệu về đặc điểm chung của SP nghiên cứu, bao gồm: Tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, phân loại sức khỏe theo ASA, xét nghiệm thường quy trước mổ (CTM, đường huyết, điện giải, nếu có), tiền sử bệnh liên quan đến nghiên cứu, tiền sử mổ đẻ, mổ cũ trong ổ bụng.

Trong mổ: Ghi giờ tiêm thuốc, liều lượng thuốc tê và các tác dụng không mong muốn: Tụt huyết áp, nôn - buồn nôn, tổng thuốc co mạch và dịch truyền.

Sau khi về khoa phòng: Thời gian bắt đầu có nhu động ruột, thời gian bắt đầu có trung tiện, thời gian cho ăn, xét nghiệm đường máu, điện giải đồ sau ăn 2 giờ và các tác dụng không mong muốn (nôn - buồn nôn, chướng bụng, rối loạn tiêu hóa...), sự hài lòng của SP.

Biến số/chỉ số nghiên cứu:

Đánh giá chung

+ Đặc điểm SP: tuổi, cân nặng, chiều cao, BMI, phân loại ASA, tuổi thai, số lần mổ lấy thai, số lần mổ trong ổ bụng.

+ Đặc điểm liên quan đến gây tê và phẫu thuật: tỷ lệ nôn - buồn nôn trong mổ, thời gian mổ.

Đánh giá sự phục hồi chức năng đường tiêu hóa của việc cho ăn sớm và muộn qua đường miệng ở các SP sau mổ lấy thai dưới gây tê tuỷ sống: Thời gian bắt đầu thấy nhu động ruột, thời gian bắt đầu trung - đại tiện, cảm giác đói khát, cảm giác mệt mỏi, gắn kết mẹ con, đường máu, điện giải đồ trước và sau khi cho ăn 2 giờ.

Đánh giá ảnh hưởng của thời điểm cho ăn đến thời gian nằm viện và tỷ lệ biến chứng hậu phẫu của hai nhóm: Thời gian nằm viện, biến chứng tiêu hóa (nôn/ buồn nôn, chướng bụng, rối loạn tiêu hóa), biến chứng hậu phẫu (chảy máu sau phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm khuẩn tiết niệu).

Xử lý số liệu: Phân tích thống kê y học bằng phần mềm SPSS 26.0. Kết quả được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm. So sánh tỷ lệ giữa hai biến định tính bằng kiểm định Chi-square, so sánh giá trị trung bình của hai biến định lượng bằng kiểm định T-test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y dược - Đại học Quốc gia Hà Nội, BVPSTW và được phép thực hiện tại Khoa Gây mê hồi sức, BVPSTW. Các tác giả tham gia nghiên cứu cam kết không có xung đột lợi ích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm S	Nhóm M	p
Tuổi (năm)	32,28 ± 5,52	30,48 ± 6,11	> 0,05
Cân nặng (kg)	63,60 ± 8,87	62,96 ± 7,96	> 0,05
Chiều cao (cm)	156,32 ± 5,43	157,16 ± 6,63	> 0,05
BMI trước sinh (kg/m ²)	26,05 ± 3,52	25,55 ± 3,32	> 0,05
Tuổi thai (ngày)	268,12 ± 9,18	261,36 ± 17,68	> 0,05
Số lần PT lấy thai (lần)	0,76 ± 0,92	0,58 ± 0,76	> 0,05
Thời gian mổ (phút)	47,00 ± 7,14	47,20 ± 9,15	> 0,05

Nhận xét: Kết quả cho thấy các đặc điểm cơ bản giữa hai nhóm không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. So sánh thời gian phục hồi chức năng đường tiêu hoá

Đặc điểm	Nhóm S	Nhóm M	p
Thời gian có nhu động ruột (giờ)	7,60 ± 2,98	16,84 ± 1,95	< 0,001
Thời gian trung đại tiện (giờ)	9,22 ± 3,62	18,05 ± 2,96	< 0,001

Nhận xét: Nhóm ăn sớm, thời gian có nhu động ruột trở lại trung bình là 7,60 ± 2,98 giờ, ở nhóm ăn muộn là 16,84 ± 1,95 giờ, sự khác biệt có ý nghĩa (p < 0,001). Thời gian trung đại tiện đầu tiên ở nhóm ăn sớm (9,22 ± 3,62 giờ) ngắn hơn đáng kể so với nhóm ăn muộn (18,05 ± 2,96 giờ), p < 0,001.

Bảng 3. Đường máu và nồng độ các chất điện giải trước mổ và sau ăn 2 giờ giữa các nhóm

Chỉ số	Thời điểm	Nhóm S	Nhóm M	p
Đường máu (mmol/L)	Trước mổ	3,82 ± 0,43	3,73 ± 0,43	> 0,05
	Sau ăn 2 giờ	4,44 ± 0,43	4,31 ± 0,39	> 0,05
Na ⁺ (mmol/L)	Trước mổ	139,16 ± 1,83	139,27 ± 2,06	> 0,05
	Sau ăn 2 giờ	139,14 ± 1,94	139,47 ± 2,26	> 0,05
K ⁺ (mmol/L)	Trước mổ	3,39 ± 0,27	3,97 ± 0,32	> 0,05
	Sau ăn 2 giờ	3,87 ± 0,32	3,94 ± 0,34	> 0,05
Cl ⁻ (mmol/L)	Trước mổ	102,96 ± 2,08	102,70 ± 1,71	> 0,05
	Sau ăn 2 giờ	102,65 ± 2,05	102,62 ± 1,87	> 0,05

Nhận xét: Về chỉ số đường máu và nồng độ chất điện giải trước mổ và sau ăn 2 giờ không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm (p > 0,05).

Bảng 4. Một số biến chứng sau phẫu thuật và cảm giác chủ quan giữa hai nhóm

Đặc điểm	Nhóm S (n, %)	Nhóm M (n, %)	p
Chướng bụng	29 (58%)	25 (50%)	> 0,05
Buồn nôn/nôn sau mổ	24 (48%)	25 (50%)	> 0,05
Rối loạn tiêu hóa	7 (14%)	3 (6%)	> 0,05
Nhiễm trùng vết mổ	4 (8%)	5 (10%)	> 0,05
Nhiễm khuẩn tiết niệu	1 (2%)	0 (0%)	> 0,05
Cảm giác đói khát	29 (58%)	22 (44%)	> 0,05
Cảm giác mệt mỏi	29 (58%)	22 (44%)	> 0,05
Cảm giác buồn ngủ	26 (42%)	19 (38%)	> 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật và cảm giác chủ quan giữa hai nhóm ăn sớm và ăn muộn không có sự khác biệt có ý nghĩa (p > 0,05).

Bảng 5. Mức độ hài lòng của sản phụ

Mức độ hài lòng	Nhóm S (n, %)	Nhóm M (n, %)	p
Rất không hài lòng	0 (0%)	0 (0%)	> 0,05
Không hài lòng	0 (0%)	1 (2%)	> 0,05
Bình thường	16 (32%)	15 (30%)	> 0,05
Hài lòng	18 (36%)	16 (32%)	> 0,05
Rất hài lòng	16 (32%)	18 (36%)	> 0,05

Nhận xét: Mức độ hài lòng của SP trong cả hai nhóm đều ở mức cao. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian phục hồi chức năng tiêu hoá sau mổ lấy thai không có biến chứng ở cả hai nhóm SP được cho ăn sớm và ăn muộn. Như vậy, nhóm được cho ăn sớm (nhóm S) có nhiều ưu điểm hơn so với nhóm cho ăn muộn (nhóm M). Nhóm S giúp rút ngắn thời gian nhu động ruột trở lại (7) và không làm tăng biến chứng đường tiêu hoá.

Theo bảng 2, có sự khác biệt rõ rệt về thời gian phục hồi chức năng tiêu hoá giữa hai nhóm. Nhóm S, thời gian có nhu động ruột trở lại trung bình là $7,60 \pm 2,98$ giờ, trong khi nhóm M là $16,84 \pm 1,95$ giờ, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. Thời gian trung đại tiện đầu tiên ở nhóm S ($9,22 \pm 3,62$ giờ) ngắn hơn đáng kể so với nhóm M ($18,05 \pm 2,96$ giờ) với $p < 0,001$. Như vậy cho ăn đường miệng sớm sau mổ giúp thúc đẩy sự phục hồi nhu động ruột và đại tiện, rút ngắn thời gian tái lập chức năng tiêu hoá so với cho ăn muộn. Kết quả này phù hợp với cơ sở sinh lý học của tiêu hoá sau mổ: việc cung cấp sớm dinh dưỡng qua đường miệng kích thích cơ học và thần kinh lên ống tiêu hoá, làm tăng tiết hormon tiêu hoá, kích hoạt phản xạ ruột – dạ dày, đồng thời duy trì cấu trúc niêm mạc ruột và giảm nguy cơ liệt ruột sau mổ.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Barat và cộng sự (2015) cho thấy thời gian trung tiện ở nhóm ăn sớm trung bình là $7,2 \pm 3,5$ giờ so với $16,5 \pm 4,2$ giờ ở nhóm ăn muộn, $p < 0,001$ (8). Hu và cộng sự (2024) cũng báo cáo kết quả tương tự (9). Nguyễn Thanh Xuân (2023) cũng cho thấy cho ăn sớm 4 giờ sau mổ không làm tăng buồn nôn hay nôn, trong khi giúp giảm thời gian trung tiện trung bình từ 18,4 giờ xuống còn 9,6 giờ (1).

Đường máu (ĐH) trước và sau ăn, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Sau ăn, ĐH trung bình tăng nhẹ ở cả hai nhóm nhưng vẫn trong giới hạn bình thường ($4,44 \pm 0,43$ mmol/L và $4,31 \pm 0,39$ mmol/L). Điều này khẳng định việc cho ăn sớm không ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose của SP sau mổ. Điện giải đồ, không có sự khác biệt giữa hai nhóm ở tất cả các chỉ số Na^+ , K^+ và Cl^- tại cả hai thời điểm trước mổ và sau ăn 2 giờ. Giá trị các chất điện giải đều nằm trong giới hạn sinh lý và tương đồng giữa hai nhóm. Điện giải hầu như không thay đổi sau mổ và không chịu ảnh hưởng bởi thời điểm cho ăn, nên việc cho ăn sớm sau mổ lấy thai là an toàn, có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng theo khuyến cáo ERAC.

Các biến chứng sau mổ ở hai nhóm là tương đương. Các biểu hiện chủ quan, nhóm S cao hơn so

với nhóm M, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa. Như vậy, việc cho ăn sớm không làm tăng các triệu chứng cảm giác chủ quan mà SP có thể gặp sau mổ, đồng thời giúp họ nhanh chóng lấy lại sức và cải thiện tinh thần. Tuy nhiên, các phát hiện của chúng tôi phù hợp với những kết quả được báo cáo trong y văn.

V. KẾT LUẬN

Cho ăn sớm sau mổ lấy thai không làm gia tăng nguy cơ rối loạn chuyển hóa hay mất cân bằng điện giải, mà tác động tích cực đến quá trình hồi phục chức năng tiêu hóa. Sự phục hồi sớm nhu động ruột và trung – đại tiện ở nhóm can thiệp phản ánh lợi ích sinh lý rõ rệt của chiến lược này trong giai đoạn hậu phẫu. Trên cơ sở đó, cho ăn sớm có thể được xem là một biện pháp khả thi và phù hợp để tích hợp vào thực hành chăm sóc chu phẫu hiện nay, góp phần tối ưu hóa quá trình hồi phục và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Xuân, Lê Văn Dũng, Nguyễn Trung Hậu, cs. Đánh giá giảm đau đa mô thức trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp tại bệnh viện Trung Ương Huế. Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế. 2024(87):5-10.
2. Dumas L, Lepage M, Bystrova K, et al. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. Clin Nurs Res. 2013;22(3):310-36.
3. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11(11):CD003519.
4. Ogbadua AO, Agida TE, Akaba GO, et al. Early Versus Delayed Oral Feeding after Uncomplicated Cesarean Section under Spinal Anesthesia: A Randomized Controlled Trial. Niger J Surg. 2018;24(1):6-11.
5. Mariette C. Role of the nutritional support in the ERAS programme. J Visc Surg. 2015;152 Suppl 1:S18-20.
6. Aydin Y, Altunyurt S, Oge T, Sahin F. Early versus delayed oral feeding after cesarean delivery under different anesthetic methods—a randomized controlled trial anesthesia, feeding in cesarean delivery. Ginek Pol. 2014;85(11):815-22.
7. Mawson AL, Bumrungphuet S, Manonai J. A randomized controlled trial comparing early versus late oral feeding after cesarean section under regional anesthesia. Int J Womens Health. 2019;11:519-25.
8. Barat S, Esmaeilzadeh S, Golsorkhtabaramiri M, et al. Women's satisfaction in early versus delayed postcaesarean feeding: A one-blind randomized controlled trial study. Caspian J Intern Med. 2015;6(2):67-71.
9. Hu C, Fei K, Liu Y, et al. The Impact of Regular Diet Recovery on Postoperative Rehabilitation After Elective Cesarean Section. Matern Fetal Med. 2024;6(2):78-83.