

giá có hệ thống của Đỗ Huyền Phúc với tỷ lệ bạo hành của nghiên cứu từ 5,9% đến 32,5% [3], có sự tương đồng với nghiên cứu của Kita Sachico tại Nhật Bản với 34% phụ nữ phải hứng chịu ít nhất 1 hình thức bạo hành khi mang thai [4] và Trần Thị Nhật Vy (2019) tại thành phố Hồ Chí Minh là 23,4% [5].

Kết quả của nghiên cứu này có sự khác biệt với nghiên cứu của nghiên cứu của Phạm Thị Trang năm 2018 với 53,1% phụ nữ phải chịu ít nhất 1 loại bạo hành khi mang thai. Nhìn chung, tỷ lệ BHGD ở phụ nữ trong quá trình mang thai gây ra bởi người chồng ở mức cao so với thế giới do phải chịu ảnh hưởng của những định kiến của xã hội cũ và sự e ngại, phụ thuộc vào người chồng đối với những phụ nữ đã kết hôn nói chung và phụ nữ đang trong thời kỳ thai sản nói riêng.

**4.2. Tỷ lệ các hình thức bạo hành gia đình của đối tượng nghiên cứu.** Về tỷ lệ của từng hình thức bạo hành trong nghiên cứu, có 20,8% phụ nữ bị BHTC, 26,0% BHTT và 11,6% bị BHTD trong lần mang thai này. Tỷ lệ của nghiên cứu này thấp hơn so với 1 nghiên cứu ở Portuguese năm 2017 với tỷ lệ BHTT 43,2%, BHTC 21,9%, BHTD 19,6% [6] và nghiên cứu của Phạm Thị Trang năm 2017 có 52,6% BHTT, 20,1% BHTC và 10,7% BHTD [7]. So sánh với một nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh – năm 2015 tại huyện Đông Anh, Hà Nội có tỷ lệ của BHTT là 32,5%, BHTC là 3,5% và BHTD là 9,9% thì nghiên cứu này có tỷ lệ BHTC cao hơn nhưng tỷ lệ BHTT và BHTD thấp hơn [8]. Do các nghiên cứu có sự khác nhau của đặc điểm của đối tượng, công cụ đánh giá cũng như mức độ cởi mở của đối tượng tham gia nghiên cứu dẫn đến sự chênh lệch về cái tỷ lệ của các hình thức BHGD.

## V. KẾT LUẬN

Có 29,4% phụ nữ mang thai chịu ít nhất một hình thức bạo hành gia đình khi mang thai tại thành phố Đà Nẵng. Trong đó có 26% trong tổng số chịu ảnh hưởng của bạo hành tinh thần trong thời kỳ mang thai, 20,8% phụ nữ bị bạo hành thể chất và 11,6% bị bạo hành tình dục trong lần mang thai gần đây.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Claudia García-Moreno and Christina Pallitto (2013)**, Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization.
2. **Tổng cục thống kê (2010)**, Nghiên cứu quốc gia về BLGD đối với phụ nữ Việt Nam.
3. **Do, H. P et al (2019)**, "Inter-partner violence during pregnancy, maternal mental health and birth outcomes in Vietnam: A systematic review", Children and Youth Services Review, 96, 255-265.
4. **Kita S et al (2014)**, "Prevalence and risk factors of intimate partner violence among pregnant women in Japan", Health Care Women Int, 35(4), 442-57.
5. **Trần Thị Nhật Vy(2019)**, Điều tra thực trạng về ảnh hưởng giữa bạo hành gia đình và sinh non hoặc sinh con nhẹ cân tại thành phố Hồ Chí Minh, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Almeida, F et al (2017)**, "Domestic violence in pregnancy: prevalence and characteristics of the pregnant woman", Journal of clinical nursing, 26 (15-16), 2417-2425.
7. **Phạm Thị Trang (2018)**, Thực trạng bạo lực bạn tình và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ phá thai tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2018, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Hoàng Thanh (2015)**, Bạo lực gia đình và sức khỏe của thai phụ, trẻ sơ sinh tại huyện Đông Anh, Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Lê Minh Thi và cộng sự (2014)**, "Bạo lực gia đình đối với phụ nữ: Kết quả nghiên cứu tại 8 tỉnh Duyên Hải Nam Trung Bộ năm 2014" Tạp chí Y học dự phòng.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ TUYẾN GIÁP ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP QUA ĐƯỜNG MIỆNG

Nguyễn Xuân Hậu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Xuân Hiền<sup>2</sup>

đường miệng (TOETVA) tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu được thực hiện trên 360 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật TOETVA tại Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 12 năm 2021. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phẫu thuật được ghi nhận. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,5 ± 9,1 tuổi. Kích thước u trung bình là 8,2±5,3 (2,6 – 27,0)mm. Đa số u gặp ở 1 thùy của tuyến giáp, tỉ lệ phát hiện u ở cả hai thùy tuyến giáp là 12,7%. Có 38 bệnh nhân (10,5%) được phát hiện có hạch trên siêu âm. Trong các bệnh nhân chọc hút tế

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm cận lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyentuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.7.2022

bào kim nhỏ 71,9% có kết quả là ung thư tuyến giáp hoặc nghi ngờ ung thư tuyến giáp. 16,1% cắt tuyến giáp toàn bộ, 83,9% cắt thùy và eo tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm dự phòng. TOETVA có thời gian phẫu thuật trung bình là  $96,7 \pm 24,9$ . **Kết luận:** TOETVA được ứng dụng ở những bệnh nhân ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm.

**Từ khóa:** Phẫu thuật tuyến giáp nội soi đường tiền đình miệng

## SUMMARY

### THE CLINICAL – SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH THYROID CANCER WHO WERE TREATED BY TOETVA

**Objects:** To evaluate the clinical – paraclinical characteristics in patients with thyroid cancer who were treated by TOETVA in Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective study was performed on 360 eligible patients who underwent TOETVA due to thyroid cancer in Department of Oncology and Palliative Care, Hanoi Medical University Hospital from July 2018 to April 2021. The clinical, surgical, and pathological characteristics were recorded. **Results:** The mean age was  $35.5 \pm 9.1$  years. The average tumor size was  $8.2 \pm 5.3$  (2.6 – 27.0)mm. Most of the tumors were found in 1 lobe of the thyroid gland, the rate of tumors in both thyroid lobes was 12.7%. There were 38 patients (10.5%) having lymph nodes detected on ultrasound. 71.9% of the patients had fine needle aspiration result thyroid cancer or suspected thyroid cancer. 16.1% and 83.9% of patients underwent total thyroidectomy and lobectomy with prophylactic central cervical lymph node dissection respectively. Mean surgical time of TOETVA was  $96.7 \pm 24.9$  min. **Conclusions:** TOETVA was applied in patients with early stage of thyroid cancer.

**Keywords:** transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh lý hay gặp, chủ yếu ở nữ giới, người lớn gặp nhiều hơn trẻ em. [1]. UTTG là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết chiếm 90% [2]. Theo GLOBOCAN 2020, UTTG đứng thứ 9 về tỷ lệ mắc ở cả 2 giới, đặc biệt đứng thứ 5 ở nữ giới chiếm 5,1% số ca mới mắc [1].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính và có sự tương đồng về cách thức phẫu thuật trong điều trị UTTG thể biệt hóa. Ngày càng có nhiều phương tiện phát hiện ung thư tuyến giáp, đặc biệt là ở phụ nữ trẻ. Do đó, điều trị ung thư tuyến giáp yêu cầu không chỉ đạt được hiệu quả điều trị mà còn hài lòng về mặt thẩm mỹ. Mặc dù phẫu thuật mở cắt tuyến giáp vẫn là điều trị tiêu chuẩn cho bệnh lý ung thư tuyến giáp, nó có thể để lại vết sẹo dễ thấy trên cổ [3]. Cắt tuyến giáp qua nội soi qua tiền đình miệng (TOETVA) là một trong những quy trình nội soi phổ biến

nhất đã được mô tả lần đầu tiên vào năm 2016 bởi Anuwong và cộng sự [4]. So với các phương pháp khác (chẳng hạn như phương pháp tiếp cận tuyến giáp nội soi đường nách hoặc vú), TOETVA có tính ưu việt riêng của nó bao gồm không có sẹo, bóc tách tối thiểu, và có thể tiếp cận được cả hai thùy tuyến giáp và hạch cổ trung tâm [5].

Từ năm 2018, TOETVA đã được ứng dụng trong điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội [6]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư tuyến giáp được phẫu thuật TOETVA. Vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng nhằm mục đích đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phẫu thuật TOETVA tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu được thực hiện trên 360 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật TOETVA tại Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 12 năm 2021.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa được phẫu thuật TOETVA bao gồm những bệnh nhân cắt thùy và eo tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm và những bệnh nhân cắt tuyến giáp toàn bộ, vét hạch cổ trung tâm trong ung thư tuyến giáp.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Phẫu thuật ung thư giáp có vét hạch cổ bên, phẫu thuật tuyến giáp cắt rộng tổ chức xung quanh do u xâm lấn, bướu giáp to trước xương ức, tiền sử rối loạn đông máu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.3. Phương pháp tiến hành.** Quy trình phẫu thuật của TOETVA tương tự như quy trình được mô tả trong nghiên cứu trước đây của chúng tôi về ung thư biểu mô tuyến giáp [8]. Phẫu thuật cắt thùy và eo, vét hạch cổ trung tâm dự phòng một bên được áp dụng cho tất cả các bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm (cT1N0M0). Trong nhóm T3b trong phẫu thuật, cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt bỏ một phần cơ bị khối u xâm lấn, vét hạch cổ trung tâm hai bên được chỉ định. Sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, bệnh nhân được bổ sung canxi đường uống (2000 g canxi mỗi ngày) với vitamin D3 (0,5 µg mỗi ngày) và levothyroxine sau phẫu thuật

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nhóm**

**đôi tượng nghiên cứu**

<b>N=360</b>	
<b>Tuổi TB±SD (năm)</b>	35,5±9,1 (14–67)
<b>Giới</b>	
Nữ	344 (95,6)
Nam	16 (4,4)
<b>Tiền sử u giáp từ trước</b>	
Không	349
Basedow	4
U giáp từ trước	7

**Nhận xét:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,5 ± 9,1 tuổi, tuổi thấp nhất là 23, tuổi cao nhất là 70. Phần lớn những bệnh nhân này là nữ (95,6%), chỉ có khoảng 4,4% bệnh nhân nam.

**Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm đôi tượng nghiên cứu**

<b>N=360</b>	
<b>Đặc điểm siêu âm</b>	
Kích thước u: TB±SD (mm)	8,2 ± 5,3 (2,6 – 27,0)
<b>Số lượng u</b>	
1 u	267 (74,2)
≥ 2u	93 (25,8)
<b>Vị trí u</b>	
Trái	141 (39,2)
Phải	167 (46,4)
2 thùy	46 (12,8)
Eo	6
<b>TIRADS cao nhất</b>	
3	24 (6,7)
4	328 (91,1)
5	30 (8,3)
6	8 (2,2)
<b>Hạch cổ trung tâm</b>	
Không	322 (89,4)
Có	38 (10,6)
<b>Hạch cổ bên</b>	
Có	0 (0)
Không	360 (100)
<b>FNA (Bethesda 2017)</b>	
I	8 (2,2)
II	9 (2,5)
III	106 (29,4)
V	203 (56,4)
VI	34 (9,4)
Giá trị trong ngoặc đơn n (%)	

Trên siêu âm phát hiện được cả những trường hợp không sờ thấy u trên lâm sàng, kích thước u nhỏ nhất là 2,6 mm, lớn nhất là 27 mm. Trong số 360 bệnh nhân, có kích thước u trung bình trên siêu âm là 8,2 ± 5,3. Có 93 (25,8%) trường hợp bệnh nhân có từ 2 u tuyến giáp trở lên. Đa số u gặp ở 1 thùy của tuyến giáp, tỉ lệ phát hiện u ở cả hai thùy tuyến giáp là 12,8%.

Có 38 bệnh nhân (10,5%) được phát hiện có hạch nhóm trung tâm trên siêu âm.

237 (65,8%) bệnh nhân có kết quả tế bào học là Bethesda V/VI.

**Phân loại giai đoạn bệnh sau phẫu thuật.** Gặp chủ yếu là u phân loại T1 với 91,4%. Tỉ lệ u phân loại T2 và T3b là 0,8% và 7,8%. Tỉ lệ hạch N0 là 67,5% và pN1a là 32,5%.

**IV. BÀN LUẬN**

TOETVA ngày càng được áp dụng rộng rãi tại nhiều bệnh viện trên toàn thế giới [4]. Trước đây, TOETVA chủ yếu được áp dụng cho các tổn thương lành tính. Theo nghiên cứu trong 422 bệnh nhân của Anuwong, chỉ có 26 bệnh nhân có tổn thương ác tính [7]. Nghiên cứu của Kim (2019) trong 132 bệnh nhân ung thư tuyến giáp cho thấy sự an toàn và hiệu quả của phẫu thuật TOETVA. Một số tác giả cũng so sánh các kết quả và tính an toàn của phẫu thuật TOETVA và phẫu thuật mở cắt tuyến giáp (OT) để chứng minh tính khả thi và an toàn của TOETVA trong ung thư tuyến giáp biệt hoá [8], [9]. Tại Việt Nam, TOETVA ngày càng được triển khai tại nhiều cơ sở y tế. Vì vậy, mục đích của nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp sau mổ TOETVA để lựa chọn bệnh nhân phù hợp.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,5 ± 9,1 tuổi, tương tự như nghiên cứu của Kim là 36,2 ± 8,1 tuổi. Phần lớn những bệnh nhân này là nữ (95,6%), 4,4% bệnh nhân nam giới. Mặc dù tỷ lệ nữ/nam không tương đồng giữa các nghiên cứu, song các nghiên cứu đều cho thấy rằng bệnh lý u tuyến giáp chủ yếu xảy ra ở nữ giới. Điều này phù hợp với tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp nói chung ở Việt Nam.

Đa số u gặp ở 1 thùy của tuyến giáp, thùy trái (36,4%) và thùy phải (44,7%), tỉ lệ phát hiện u ở cả hai thùy tuyến giáp là 12,7% (Bảng 3.6). TIRADS 4 hay gặp nhất chiếm 91,1% (Bảng 3). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (2019) TIRADS 4b 42,3%, TIRADS 4c 27,1%. Đánh giá giai đoạn sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là u phân loại T1 với 91,4%, tỷ lệ di căn hạch sau mổ là 32,5% trong khi tỷ lệ phát hiện có hạch trong siêu âm trước mổ chỉ 10,6%. Tất cả các hạch đều có kích thước nhỏ dưới 2 mm. Có 28 trường hợp giai đoạn sau mổ là T3b trong quá trình phẫu thuật do u xâm lấn cơ trước giáp do yếu tố này không được xác nhận qua siêu âm trước mổ, những bệnh nhân này được cắt tuyến giáp toàn bộ và điều trị hormone thay thế sau phẫu thuật.

**V. KẾT LUẬN**

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,5 ± 9,1 tuổi. Phần lớn những bệnh nhân này là nữ (95,6%).

Kích thước u trung bình trên siêu âm là 8,2 ± 5,3. Có 93 (25,8%) Có 38 bệnh nhân (10,5%) được phát hiện có hạch nhóm trung tâm trên siêu âm. 237 (65,8%) bệnh nhân có kết quả tế bào học là Bethesda V/VI.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. (2018).** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, **68(6)**, 394–424.
2. **Nguyễn Văn Hiếu (2015),** Ung thư học, Nhà xuất bản y học.
3. **Chong K.-H., Wu M.-H., and Lai C.-W. (2020).** Comparison of surgical outcome between conventional open thyroidectomy and endoscopic thyroidectomy through axillo-breast approach. Tzu Chi Med J, **32(3)**, 286.
4. **Anuwong A. (2016).** Transoral Endoscopic

Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. World J Surg, **40(3)**, 491–497.

5. **Xuan H.N., Le H.T., Xuan H.N., et al. (2021).** Preliminary Experience with Transoral Endoscopic Thyroidectomy and Parathyroidectomy via Vestibular Approach. **25(1)**, 11.
6. **Nguyen H.X., Nguyen H.X., Nguyen H.V., et al. (2021).** Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach with Central Lymph Node Dissection for Thyroid Microcarcinoma. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, **31(4)**, 410–415.
7. **Anuwong A., Ketwong K., Jitpratoom P., et al. (2018).** Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. JAMA Surg, **153(1)**, 21.
8. **Kim S.Y., Kim S.-M., Makay Ö., et al. (2020).** Transoral endoscopic thyroidectomy using the vestibular approach with an endoscopic retractor in thyroid cancer: experience with the first 132 patients. Surg Endosc, **34(12)**, 5414–5420.
9. **Ahn J. and Yi J.W. (2020).** Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. Surg Endosc, **34(2)**, 861–867.

## CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG SAU PHẪU THUẬT CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đoàn Duy Tân<sup>1</sup>, Võ Duy Long<sup>1,2</sup>, Lê Thị Hương<sup>3</sup>

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Phần lớn bệnh nhân ung thư đại trực tràng có chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật đều không đạt so với nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, chất sinh năng lượng và các vitamin cũng như một số chất khoáng. Do đó, ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của cơ thể, tăng nguy cơ biến chứng sau mổ như nhiễm trùng hoặc xì rò vết mổ, giảm đáp ứng điều trị; tăng chi phí và thời gian nằm viện. **Mục tiêu:** Xác định chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2020 – 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 130 bệnh nhân ung thư đại trực tràng có chỉ định phẫu thuật tại Khoa ngoại tiêu hoá Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh tháng 10 năm 2020 đến tháng 2 năm 2021, được phỏng vấn mặt đối mặt bằng bộ công cụ

soạn sẵn có cấu trúc. Các đối tượng được thu thập thông tin về đặc điểm dân số, khảo sát chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật về năng lượng, protein và các đường nuôi dưỡng. **Kết quả:** Trong ngày đầu nuôi dưỡng, năng lượng được cung cấp cho bệnh nhân bằng đường tĩnh mạch và đường miệng, trong đó đường tĩnh mạch chiếm 73,1%. Tổng năng lượng cung cấp tăng dần lên mỗi ngày, ngày đầu tiên với tổng năng lượng trung bình là 607,3 kcal đến ngày thứ 7 tổng năng lượng trung bình là 1291,6kcal. Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu năng lượng khuyến nghị của Bộ Y tế tăng dần và cao nhất vào ngày thứ 5, 6 và 7 sau phẫu thuật. Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu protein tăng lên theo từng ngày và cao nhất vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật. **Kết luận:** Đảm bảo bệnh nhân được nuôi dưỡng đầy đủ năng lượng, cân đối và đủ vitamin, khoáng chất cần thiết sau phẫu thuật, nhằm giảm nguy cơ suy dinh dưỡng của bệnh nhân hậu phẫu, tăng đáp ứng điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống.

**Từ khóa:** nuôi dưỡng, ung thư đại trực tràng, sau phẫu thuật.

**SUMMARY**

### DIET OF POST-OPERATIVE PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

**Background:** The majority of colorectal cancer

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

<sup>3</sup>Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng, Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Duy Tân

Email: doanduytan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.7.2022