

khuẩn và đánh giá mức độ lan xa do nọc rắn chính xác hơn và quyết định ngừng điều trị huyết thanh kháng nọc rắn chính xác, kịp thời hơn.

Đặc điểm cận lâm sàng: Natri máu thấp nhất là 131mmol/l, cao nhất là 143mmol/l. Jonas Höjner [8] cho rằng tình trạng giảm natri máu được xem như kết quả của tăng tiết ADH và tác dụng của các peptide hoạt tính trong rắn cắn có tác dụng như những natriuretic peptide. Chất này làm giãn mạch và tăng thải muối rất mạnh. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nào bị hạ Natri máu nặng và chỉ truyền Natriclorua 0,9% Natri máu cũng trở về mức bình thường. Có lẽ tỉ lệ thấp và không nặng có sự đóng góp của huyết thanh kháng nọc rắn. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nào bị suy thận cấp, giá trị Creatinin trung bình khi nhập viện là $(71,26 \pm 13,32\mu\text{mol/l})$ cao nhất 108 $\mu\text{mol/l}$, thấp nhất 51 $\mu\text{mol/l}$. Giá trị CK trung bình 1023,7 \pm 926,5mmol/l, cao nhất 4875mmol/l, thấp nhất 196mmol/l. Chúng tôi chưa gặp bệnh nhân nào bị suy thận do tiêu cơ vân. Tình trạng hoại tử mô của nhóm bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn thường diễn ra nhanh chóng và rầm rộ. Nhiều trường hợp đến muộn hoại tử đã lan rất rộng, lúc đầu vết hoại tử đen khô, sau đó có thể nhiễm trùng, tạo mủ, đây chính là nguyên nhân làm trị số CK tăng nhanh. Theo Mittal B.V [9] có khoảng 14,6% BN bị suy thận cấp do tiêu cơ vân do rắn cắn.

V. KẾT LUẬN

Hai loài rắn hổ mang cắn đã gặp: N.astra (13,3%), N.kaouthia (86,7%)

Đặc điểm lâm sàng; tổn thương sưng nề

(93,3%) và hoại tử (66,7%)

Cận lâm sàng: Tăng CK tăng ở hầu hết các bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn giá trị trung bình 1023,7 \pm 926,5mmol/l, cao nhất là 4875mmol/l, thấp nhất là 196mmol/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Williams D, Gutierrez J.M., Harrison R.A. et al. (2010).** The global snake bite initiative: an antidote for snake bite. *Lancet*, 375:89 – 91.
2. **Vũ Văn Đính (2007),** Hồi sức cấp cứu toàn tập, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
3. **Nguyễn Kim Sơn (2008).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị một số rắn độc trên cạn cắn thuộc họ rắn hổ (Elapidae) ở miền bắc Việt nam, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Wei Wang, Quang Fang Chen, Rui- Xing In et al. (2014)** Clinical feature and treatment experienghiên cứu e: a review of 292 chinese cobra snakebites. *Environmental toxicology and pharmacology* 37, 648-655.
5. **Nguyễn Trung Nguyên (2019),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nồng độ nọc độc trong máu và giá trị của xét nghiệm nhanh trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn. Luận án Tiến sỹ Y học, Viện nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108.
6. **Yan - Chian Mao, Po - Yu Liu, Liao - Chun Chang, et al. (2017).** Naja astra snakebite in Taiwan, *Clinical Toxicology* 2017, DOI: 10.1080/15563650.2017.1366502.
7. **M P GUO, Q-C Wang, G-F Liu.** Pharmacokinetics of cytotoxin from Chinese cobra (Naja Naja Astra) venom. *Toxicon* 31, 339-343, 1993.
8. **Jonas Höjner, Hà Trần Hưng, Trịnh Xuân Kiêm et al (2010),** Life - threatening hyponatremia after krait bite envenoming - a new syndrome. *Clinical Toxicology*: 48, 956-957
9. **Mittal B. V (1994).** Acute renal failure following poisonous snakebite, *J Postgrad Med*, 40 (3), pp. 123

HIỆU QUẢ CAN THIỆP DINH DƯỠNG THEO CHƯƠNG TRÌNH ERAS TRÊN BỆNH NHÂN CẮT ĐOẠN DẠ DÀY DO UNG THƯ

Nguyễn Thị Phương¹, Trịnh Thị Thanh Bình², Ngô Thị Linh², Thạch Minh Trang², Đặng Đức Huân², Nguyễn Thu Huyền², Lê Thị Hương¹, Đỗ Thị Hòa¹, Quách Văn Kiên^{1,2}, Nguyễn Xuân Hòa¹, Đỗ Tất Thành^{1,2}

TÓM TẮT

Thực hành nhịn ăn đến khi xuất hiện trung tiện theo quan điểm truyền thống đã được chứng minh

không đem lại lợi ích và hiện nay đang dần được thay đổi. Nuôi dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật được khuyến cáo trong hầu hết hướng dẫn của các Hiệp hội Dinh dưỡng lớn và các chương trình tăng cường hồi phục sau mổ trên thế giới. Chúng tôi tiến hành thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trên 42 bệnh nhân cắt đoạn dạ dày do ung thư được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm can thiệp được nuôi dưỡng đường miệng sớm trong vòng 24-48 giờ sau phẫu thuật. Nhóm chứng được nuôi dưỡng theo thực hành thường quy của bệnh viện. Thời điểm khởi động ruột trung bình của nhóm can thiệp và nhóm chứng

¹Trường Đại học Y Hà Nội.

²Bệnh viện HN Việt Đức.

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tất Thành

Email: DoTatThanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 2.8.2022

lần lượt là $35,4 \pm 27,9$ giờ và $91,5 \pm 29,9$ giờ. Kết quả cho thấy nuôi dưỡng đường miệng sớm thúc đẩy sự phục hồi chức năng ruột: Thời điểm xuất hiện nhu động ruột ($27,7 \pm 14,6$ và $39,6 \pm 12,7$ giờ; $p=0,008$) và trung tiện ($51,0 \pm 4,9$ và $76,6 \pm 7,0$ giờ) sớm hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng ($p=0,008$ và $p=0,0047$). Tỷ lệ các triệu chứng tiêu hóa ($27,3\%$ và $36,4\%$) và biến chứng sau phẫu thuật ($4,5\%$ và $4,5\%$), giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, không ghi nhận trường hợp nào có rò rỉ miệng nổi. Ngoài ra, nồng độ Prealbumin máu được cải thiện có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp ($22,5 \pm 0,62$ và $16,5 \pm 0,71$ g/l; $p=0,0021$).

Từ khóa: nuôi dưỡng đường miệng sớm, nhịn ăn sau phẫu thuật, cắt đoạn dạ dày, tăng cường hồi phục sau mổ, ERAS.

SUMMARY

THE EFFECT OF EARLY ORAL FEEDING AFTER DISTAL GASTRECTOMY SURGERY FOR CANCER

The traditional practice of fasting until transit has been proven to be of no benefit and is now being changed. Early postoperative oral nutrition is recommended in most guidelines of major nutrition associations and in recovery enhancing programs around the world. We conducted a controlled clinical trial in 30 patients undergoing distal gastrectomy for cancer who were randomly divided into 2 groups. The intervention group received early oral nutrition within 24-48 hours after surgery. The control group was fed as routine regimen of the Hospital. The results showed that early oral feeding enhanced bowel function recovery with shorter anal exhaust time and defecation time statistically significant, while the incidences of postoperative complications and feeding intolerance were comparable between the two groups, there were no cases of anastomotic leakage. In comparison to delayed oral feeding, early oral feeding was higher levels of prealbumin significantly.

Keywords: early oral feeding, postoperative fasting, distal gastrectomy, enhanced recovery after surgery, ERAS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong số năm loại ung thư phổ biến nhất và là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư trên thế giới. Suy dinh dưỡng là một vấn đề phổ biến ở những bệnh nhân này do ảnh hưởng của khối u, tác động của phẫu thuật lớn, rối loạn chuyển hóa, miễn dịch, và nhiều yếu tố làm giảm khẩu phần ăn của người bệnh. Đây là một trong các yếu tố rất quan trọng liên quan đến các biến chứng và kết quả lâm sàng sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư.

Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật ERAS (Enhanced recovery after surgery) là một quy trình chăm sóc phẫu thuật với sự phối hợp đa chuyên khoa đem lại nhiều lợi ích, giúp bệnh nhân hồi phục sớm hơn, giảm biến chứng hậu

phẫu và rút ngắn thời gian nằm viện. Nuôi dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật là một thành phần quan trọng của ERAS. Dinh dưỡng sớm làm giảm dị hóa sau phẫu thuật, đẩy nhanh sự hồi phục chức năng đường ruột và giảm nguy cơ biến chứng hậu phẫu. Hiện tại, nuôi dưỡng đường miệng sớm trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật đã được thực hành rộng rãi ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa dưới và lợi ích đã được chứng minh trong nhiều thử nghiệm lâm sàng có giá trị cao. Đối với phẫu thuật dạ dày, một số nghiên cứu đã chứng minh rằng nuôi dưỡng đường miệng sớm là khả thi và an toàn ngay cả khi bắt đầu vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật, bất kể mức độ cắt dạ dày và loại phẫu thuật [1].

Tại Việt Nam, rất sớm đã có một số báo cáo về hiệu quả của nuôi ăn sớm sau phẫu thuật cắt dạ dày, tuy nhiên, những lo ngại về nguy cơ rò rỉ miệng nổi, tắc ruột sau mổ dẫn đến người bệnh vẫn phải nhịn ăn sau phẫu thuật cho đến khi trung tiện vẫn còn là thực hành phổ biến. Việc trì hoãn nuôi dưỡng đường tiêu hóa có thể dẫn tới teo niêm mạc ruột, giảm sự hấp thu các chất dinh dưỡng và suy giảm chức năng miễn dịch ruột. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là bệnh viện ngoại khoa hàng đầu cả nước, nhằm xây dựng hướng dẫn điều trị chung, nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng theo chương trình tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) trên bệnh nhân cắt đoạn dạ dày do ung thư tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2021-2022"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh có chẩn đoán xác định ung thư dạ dày và kế hoạch mổ theo chương trình, từ 18 tuổi trở lên, có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ và được giải thích, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Người bệnh trong tình trạng nặng: sốc, nhiễm trùng, suy tạng mức độ nặng, (2) Chỉ định mổ cấp cứu (3) Thở máy sau mổ, (4) Chống chỉ định nuôi dưỡng đường tiêu hóa: hẹp môn vị, tắc ruột, thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng.

Chọn mẫu và phân nhóm nghiên cứu.

Chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong danh sách mổ theo kế hoạch. Bệnh

nhân được ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, sau đó phân chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm.

Nhóm can thiệp:

- Trước phẫu thuật:

(1) Sàng lọc, đánh giá, can thiệp dinh dưỡng ngày trước phẫu thuật

(2) Uống 400 ml dung dịch Maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật 3 giờ

- Sau phẫu thuật:

(3) Rút sonde dạ dày trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật

(4) Chỉ định ăn đường miệng trong vòng 24-48 giờ sau phẫu thuật:

Ngày thứ nhất: khởi động ruột bằng nước lọc, nước dừa 50 ml/lần, 6-8 lần/ngày. Ngày thứ 2, chế độ ăn PT02 x 3 bữa (tổng năng lượng 500 kcal và 15-20g protein), xen kẽ Delisoup x 3 bữa (Hộp 250 ml, 250 kcal và 8,3 g protein). Chế độ ăn từ lỏng đến đặc dần, tăng dần theo khả năng dung nạp của người bệnh.

Nhóm chứng: được rút sonde dạ dày và nuôi dưỡng đường miệng theo thực hành thường quy của bệnh viện. Sau khi có trung tiện, người bệnh bắt đầu được tập uống nước, sữa.

Ở cả 2 nhóm, nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung và điều chỉnh theo khả năng ăn qua đường miệng.

Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, giai đoạn ung thư, BMI, PG-SGA, albumin, hemoglobin.

- Thời điểm khởi động ruột, thời điểm xuất hiện nhu động ruột, trung tiện và đại tiện.

- Các triệu chứng tiêu hóa sau phẫu thuật: nôn, buồn nôn, chướng bụng, đau quặn bụng,

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=42)

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n=20)	Nhóm chứng (n=22)	P
Tuổi(X± SD)	66,5 ± 6,0	69 ± 13,1	0,4400
Giới (nam/nữ)	12/8	17/22	0,227
Cân nặng (kg) (X± SD)	56,7 ± 2,1	58 ± 2,2	0,6757
BMI (kg/m ²) (X± SD)	20,8 ± 3,3	21,2 ± 3,7	0,6646
Đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA (B và C) n(%)	12(60)	15(68,2)	0,213
Albumin (g/l) (X± SD)	40,5 ± 3,3	38,5 ± 3,3	0,0620
Hemoglobin (g/l) (X± SD)	133,5±13,9	132,9±22,9	0,9205
Giai đoạn ung thư n (%)	Giai đoạn 0-I	5 (22,7)	0,133
	Giai đoạn II-IV	20 (100)	

Nhận xét: tuổi, giới, nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA, giai đoạn ung thư của 2 nhóm là tương đương, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0.05). BMI trung bình và nồng độ albumin, hemoglobin trung bình giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0.05).

Bảng 2. Sự hồi phục chức năng tiêu hóa sau phẫu thuật

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n=20)	Nhóm chứng (n=22)	P
Thời điểm khởi động ruột (giờ)	35,4±27,9	91,5± 29,9	<0,0001*

tiêu chảy.

- Biến chứng sau phẫu thuật: rò mỏm tá tràng, rò miệng nối, tắc ruột, nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi, tử vong, biến chứng khác.

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Stata 14.0. Sử dụng test χ^2 để so sánh hai tỷ lệ, T- test và Mann - Whitney test so sánh 2 giá trị trung bình.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày tại 4 khoa của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức: Khoa Phẫu thuật Cấp cứu tiêu hóa 78, Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa 34, Khoa Ung bướu, Trung tâm Phẫu thuật đại trực tràng- Tầng sinh môn, từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2022.

3. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin, được giải thích đầy đủ về lợi ích, rủi ro khi tham gia nghiên cứu và ký cam kết tình nguyện tham gia nghiên cứu. Trong quá trình nghiên cứu, đối tượng có quyền bỏ cuộc nếu không muốn tham gia tiếp, vì bất cứ lý do nào. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng Đạo đức và Y sinh học của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được tổng số 44 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Trong quá trình nghiên cứu, 2 bệnh nhân nhóm can thiệp xin dừng tham gia nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành phân tích trên 20 bệnh nhân nhóm can thiệp và 22 bệnh nhân nhóm chứng.

Thời điểm xuất hiện nhu động ruột (giờ)	27,7±14,6	39,6±12,7	0,008*
Thời điểm trung tiện (giờ)	51,0 ± 4,9	76,6±7,0	0,0047*
Thời điểm đại tiện (giờ)	99,5±22,8	114,9±32,0	0,0885

Nhận xét: Thời điểm khởi động nuôi dưỡng đường miệng trung bình ở nhóm can thiệp là 35,4±27,9 giờ, ở nhóm chứng là 91,5± 29,9 giờ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,0001$). Thời điểm xuất hiện nhu động ruột và trung tiện sớm hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp ($p=0,008$ và $0,0047$).

Bảng 3. Các triệu chứng tiêu hóa sau phẫu thuật

Triệu chứng	Nhóm can thiệp (n=22)	Nhóm chứng (n=22)	P
Nôn, buồn nôn n(%)	3 (13,6)	5 (22,7)	p>0.05
Chướng bụng n(%)	1 (4,5)	2 (9,1)	
Đau quặn bụng n(%)	1 (4,5)	0 (0)	
Tiêu chảy n(%)	1 (4,5)	1 (4,5)	
Dung nạp tốt n(%)	16 (72,7)	14 (63,6)	

Nhận xét: Nhóm can thiệp có tỷ lệ nôn, buồn nôn và chướng bụng sau mổ thấp hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$).

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Nhóm can thiệp (n=22)	Nhóm chứng (n=22)	P
Nhiễm trùng vết mổ	1 (4,6%)	0	1
Viêm phổi	0	1 (4,6%)	
Tắc ruột	0	0	
Rò miệng nối	0	0	
Rò mỏm tá tràng	0	0	
Chảy máu	0	0	
Biến chứng khác	0	0	
Tử vong	0	0	

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng của 2 nhóm đều là 4,6%. Ở cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào tử vong hoặc rò tiêu hóa sau mổ.

Bảng 5. Hiệu quả cải thiện tình trạng dinh dưỡng sau phẫu thuật

Chỉ số		Nhóm can thiệp (n=20)	Nhóm chứng (n=22)	P
Cân nặng (kg) (X± SD)	Cân nặng trước phẫu thuật	56,7 ± 9,5	58 ± 10,4	0,6757
	Cân nặng ngày 7 sau phẫu thuật	55,1 ± 8,7	56,5 ± 10,3	0,6423
	Thay đổi cân nặng sau phẫu thuật	1,65 ± 1,27	1,88 ± 0,79	0,4890
Albumin (g/l) (X± SD)	Albumin trước phẫu thuật	40,5 ± 0,74	38,5 ± 0,74	0,0683
	Albumin sau phẫu thuật	31,4 ± 1,1	30,1 ± 1,7	0,1853
	Thay đổi nồng độ Albumin máu	7,1 ± 4,1	7,2 ± 3,6	0,9560
Prealbumin sau phẫu thuật (g/l) (X± SD)		22,5 ± 0,62	16,5 ± 0,71	0,0021*

Nhận xét: Cân nặng, nồng độ Albumin máu trước và sau phẫu thuật, sự thay đổi cân nặng và sự thay đổi nồng độ Albumin máu sau phẫu thuật giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nồng độ Prealbumin máu sau phẫu thuật của nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p=0,0021$).

IV. BÀN LUẬN

Trước đây, bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư thường nhịn đói trong 3-4 ngày, chỉ bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hóa khi chức năng ruột được hồi phục với sự xuất hiện của trung tiện. Nguyên nhân vì lo ngại sớm có thể gây rò bực miệng nối. Suehiro (2004) và cộng

sự lần đầu tiên báo cáo bệnh nhân cắt dạ dày có thể thúc đẩy sự hồi phục sau phẫu thuật nhanh hơn khi được nuôi dưỡng đường miệng sớm. Trong nhiều thập kỷ sau đó, nhiều và nhiều nghiên cứu hơn nữa đã chứng minh rằng nuôi dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật cắt dạ dày là an toàn và khả thi [1]. Đến năm 2014, Guideline hướng dẫn của hiệp hội ERAS cho phẫu thuật cắt dạ dày ra đời, khuyến cáo chế độ ăn đường miệng có thể bắt đầu ngày đầu tiên sau phẫu thuật [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng ở nhóm can thiệp trung bình là 35,4 giờ (16h-47h), sớm hơn nhiều so với nhóm chứng, với thời điểm khởi động ruột

trung bình là 91,5 giờ (41h-144h), tính từ thời điểm kết thúc phẫu thuật. Chúng tôi dự kiến khởi động nuôi dưỡng đường miệng trong vòng 24 giờ đầu sau mổ, nhưng vì nhiều lý do như trĩ hoãn rút sonde dạ dày, còn khó khăn trong thay đổi thói quen của phẫu thuật viên về thời điểm nuôi dưỡng, bệnh nhân được khởi động muộn hơn.

Sự dung nạp của bệnh nhân cũng là một yếu tố quan trọng liên quan đến thời điểm nuôi dưỡng đường miệng sau phẫu thuật. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng tiêu hóa trong vòng 7 ngày sau phẫu thuật ở nhóm can thiệp là 27,3%, thấp hơn nhóm chứng (36,4%). Trong số các triệu chứng này, nôn, buồn nôn là triệu chứng phổ biến nhất và cần chú ý tỷ lệ nôn, buồn nôn trước nuôi dưỡng của nhóm can thiệp và nhóm chứng tương ứng là 2/22 (9,1%) và 3/22 (13,6%). Trong tổng số 22 bệnh nhân can thiệp được lựa chọn ban đầu, sau khi tiến hành khởi động ruột sớm, có 1 bệnh nhân xuất hiện nôn, buồn nôn và 1 bệnh nhân xuất hiện đau quặn bụng và xin dừng tham gia nghiên cứu. Không có trường hợp nào phải ngừng nuôi dưỡng do các biến chứng sau mổ. Như vậy, nuôi dưỡng đường miệng sớm dung nạp tốt với tỷ lệ 72,7%, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu về nuôi dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật cắt dạ dày trên thế giới [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 nhóm đều được dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung khi đường tiêu hóa chưa đáp ứng đủ nhu cầu. Nhóm can thiệp nhận được nuôi dưỡng tĩnh mạch ít hơn nhóm chứng, bởi vì bệnh nhân được khởi động ruột với nước lọc, nước dừa và nuôi dưỡng sớm ngay từ ngày đầu tiên sau phẫu thuật, năng lượng từ đường tiêu hóa tăng dần lên ở những ngày sau, góp phần giảm nhu cầu dịch truyền tĩnh mạch. Thừa dịch truyền tĩnh mạch sau phẫu thuật có thể dẫn đến trì hoãn sự phục hồi chức năng tiêu hóa, rối loạn chức năng tim phổi, suy giảm oxy hóa mô và ảnh hưởng đến sự lành thương[4]. Hạn chế dịch truyền tĩnh mạch là một lợi ích khác của nuôi dưỡng đường miệng sớm, góp phần cải thiện kết quả lâm sàng ở nhóm nuôi dưỡng đường miệng sớm như giảm thời gian nằm viện hoặc giảm nguy cơ rò rỉ miệng nổi.

Nuôi dưỡng đường miệng sớm là an toàn với không ghi nhận trường hợp rò rỉ miệng nổi, tắc ruột giữa 2 nhóm. Tỷ lệ biến chứng chung của 2 nhóm đều là 4,5%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trên bệnh nhân phẫu thuật mở hoặc nội soi cắt dạ dày trên thế giới đều cho thấy khả thi và an toàn, không làm tăng tỷ lệ rò rỉ miệng nổi [5, 6].

Ngoài ra, nuôi dưỡng đường miệng sớm giúp

cải thiện tình trạng dinh dưỡng sau phẫu thuật. Sự giảm cân sau phẫu thuật, nồng độ Albumin máu được cải thiện ở nhóm can thiệp, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Một yếu tố khác là nồng độ Prealbumin máu sau phẫu thuật cao hơn đáng kể ở nhóm can thiệp (trung bình 22,5 g/l so với 16,5 g/l), cho thấy nuôi dưỡng sớm giúp cải thiện tình trạng nuôi dưỡng sau phẫu thuật, góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng người bệnh sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ dung nạp tiêu hóa và sự hồi phục chức năng tiêu hóa cũng tương tự Lưu Ngân Tâm (2015) [7]. Nghiên cứu của Trương Thị Thư (2018), thời điểm khởi động ruột trung bình là 27,2 giờ, sớm hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (35,4 giờ) [8]. Tuy nhiên, bệnh nhân được khởi động nuôi dưỡng sớm đường ruột qua ống sonde mũi-tá tràng và khi có trung tiện, bệnh nhân mới được rút sonde và chuyển ăn đường miệng. Tỷ lệ các triệu chứng tiêu hóa sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn nhiều do áp dụng tối đa các quy trình chăm sóc dinh dưỡng theo ERAS (nhóm can thiệp tỷ lệ nôn và buồn nôn, chướng bụng, tiêu chảy lần lượt là 13,6%; 4,5%; 4,5% so với 47,3%; 54,6%; 5,5%). Hơn nữa, chúng tôi cũng đánh giá được tính an toàn và hiệu quả trên nhóm đối tượng bệnh nhân trên 65 tuổi.

V. KẾT LUẬN

Nuôi dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày do ung thư là khả thi, an toàn, không làm tăng nguy cơ rò rỉ miệng nổi và dung nạp tốt. Đồng thời, mang lại lợi ích thúc đẩy hồi phục chức năng tiêu hóa và cải thiện tình trạng nuôi dưỡng sau phẫu thuật, góp phần nâng cao chăm sóc dinh dưỡng và hồi phục của bệnh nhân hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. He H, Ma Y, Zheng Z, Deng X, Zhu J, Wang Y. Early versus delayed oral feeding after gastrectomy for gastric cancer: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2022;126:104120.
2. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Topic ST. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. 2001;323:5.
3. Mortensen K, Nilsson M, Slim K, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy. *Br J Surg.* 2014;101(10):1209-1229.
4. Brandstrup B. Fluid therapy for the surgical patient. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2006;20(2):265-283.
5. Desiderio J, Trastulli S, D'Andrea V, Parisi A. Enhanced recovery after surgery for gastric cancer (ERAS-GC): optimizing patient outcome. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2020;5:11

6. Wang Q, Guo BY, Zhao QC, et al. Safety of early oral feeding after total laparoscopic radical gastrectomy for gastric cancer (SOFTLY): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019;20.
7. Lưu Ngân Tâm, Lâm Việt Trung và cộng sự. (2016). Đánh giá kết quả nuôi ăn sớm qua đường

miệng sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 20 (2).

8. Trương Thị Thư và cộng sự. (2018). Hiệu quả nuôi ăn sớm sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày nội soi điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện quân y 103. *Tạp chí Y-Dược học Quân sự*.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ 1,5-ANHYDROGLUCITOL TRONG MÁU BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Thành Vinh¹, Lâm Vĩnh Niên², Dương Hà Khánh Linh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: 1,5-anhydroglucitol (1,5-AG) là một loại đường đơn có trong cơ thể, xét nghiệm 1,5-AG có giá trị trong việc theo dõi kiểm soát đường huyết, bổ sung cho HbA1c và Fructosamin. **Mục tiêu:** Xác định giá trị nồng độ của 1,5-AG của bệnh nhân ĐĐT type 2 so với nhóm người không ĐĐT, khảo sát mối tương quan giữa 1,5-AG và HbA1c, đường huyết bất kỳ. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** **Thiết kế nghiên cứu** Nghiên cứu cắt ngang khảo sát Bệnh nhân ĐĐT type 2 điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy, người trưởng thành không ĐĐT. Kiểm định phi tham số dùng để so sánh kết quả giữa các nhóm. **Kết quả:** Nồng độ 1,5-AG của bệnh nhân ĐĐT type 2 (n = 133) là 2,34 (1,37-5,69) (µg/mL), thấp hơn so với người không ĐĐT (n = 168) là 20,6 ± 7,09 (µg/mL). Hệ số tương quan giữa 1,5-AG và HbA1c là r = -0,53, 1,5-AG và đường huyết bất kỳ là r = -0,45, p < 0,05. Nồng độ 1,5-AG ở bệnh nhân ĐĐT type 2 thấp hơn người không ĐĐT. Có mối tương quan nghịch giữa 1,5-AG và HbA1c, đường huyết bất kỳ. **Kết luận:** Sự thay đổi, đáp ứng nhanh chóng của 1,5-AG trong điều trị cho thấy khả năng kiểm soát đường huyết ngắn hạn của 1,5-AG so với các chỉ số đánh giá đường huyết khác.

Từ khóa: Đái tháo đường, 1,5-anhydroglucitol, HbA1c, Glucose

SUMMARY

A SURVEY OF 1,5-ANHYDROGLUCITOL LEVEL IN THE BLOOD OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT CHO RAY HOSPITAL

Background: 1,5-anhydroglucitol (1,5-AG) is a simple sugar found in the body. 1,5-AG test is valuable in monitoring glyemic control, supplementing HbA1c and Fructosamin. **Objective:** Determine the 1,5-AG level of diabetes patients and compare with the control group. Analyze the correlation between 1,5-AG and HbA1c, glycaemia. **Subjects and Methods:** Patients

with type 2 diabetes treated at Cho Ray hospital, adults without diabetes. Descriptive cross-sectional study. Collect information about age, gender, 1,5-AG test, HbA1c, glycaemia. Non parametric test was used to compare results between groups. **Results:** The 1,5-AG level of diabetics (n = 133) was 2.34 (1.37-5.69) (µg/mL). The concentration of 1,5-AG in non-diabetics (n = 168) was 20.6 ± 7.09 (µg/mL). The correlation coefficient between 1,5-AG and HbA1c is r = -0.53, 1,5-AG and glycaemia is r = -0.45. **Conclusions:** The level of 1,5-AG in type 2 diabetic patients was lower than in non-diabetics. There was an inverse correlation between 1,5-AG and HbA1c, glycaemia.

Keywords: Diabetes mellitus, 1,5-anhydroglucitol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một rối loạn chuyển hóa phổ biến. Hiện nay, dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, ĐĐT vẫn là bệnh mãn tính gây nhiều biến chứng nguy hiểm. Kiểm soát tốt đường huyết và sự dao động đường huyết là những điểm thiết yếu trong điều trị nhằm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong liên quan ĐĐT. Bên cạnh đường huyết, HbA1c và Fructosamin là các xét nghiệm đã được sử dụng trong một thời gian dài trong theo dõi ĐĐT. Tuy nhiên, các xét nghiệm này vẫn còn một số hạn chế nhất định. 1,5-anhydroglucitol (1,5-AG) lần đầu tiên được chú ý tới tại Mỹ, sau khi một nghiên cứu được công bố trên tạp chí Diabetes Care 2006, đã chỉ ra tính ứng dụng của 1,5-AG trên một người có độ biến động đường huyết lớn trong 2 tuần trước đó. 1,5-AG là một loại đường tự nhiên tìm thấy trong hầu hết các thực phẩm. Cơ thể không tự sản xuất 1,5-AG và duy trì gần như ổn định 1,5-AG. Glucose và 1,5-AG cạnh tranh nhau để được tái hấp thu ở thận. Điều này đồng nghĩa với khi glucose máu tăng thì 1,5-AG máu giảm và ngược lại. Khác với % HbA1c, 1,5-AG có giá trị càng cao càng tốt. Mục tiêu 1,5-AG cần đạt ở người ĐĐT là > 10µg/mL⁽¹⁾. Do đó, 1,5-AG được xem là công cụ cần thiết giúp bác sĩ phân loại bệnh nhân, bởi ngay cả khi HbA1c trong tầm kiểm soát

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Hà Khánh Linh

Email: khanhlinh175@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 2.8.2022