

THE STATUS OF PREOPERATIVE NUTRITION FOR ELECTIVE ABDOMINAL SURGICAL PATIENT AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Luong Thi Thoa^{1*}, Nguyen Hai Yen², La Thi Hien¹, Nguyen Huy Hiep¹, Dang Hai Giang¹

¹Department of Anesthesia and Resuscitation, Thai Nguyen National Hospital -
479 Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

²Department of Nutrition, Thai Nguyen National Hospital -
479 Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

Received: 30/07/2025

Revised: 07/08/2025; Accepted: 12/09/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the nutritional status of patients before elective abdominal surgery and the nutritional care provided to these patients.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted from April 1, 2024, to October 31, 2024, on 40 patients undergoing elective abdominal surgery in the Thai Nguyen National Hospital. Data were collected through interviews using a pre-designed questionnaire, bedside examinations, and secondary data from medical records. Data were processed using SPSS 20.0 software.

Results: The group of patients undergoing colon surgery accounted for the highest proportion (60%). The rate of patients experiencing unintentional weight loss within 6 months prior to hospitalization for gastrointestinal surgery was 62.5%. Nutritional screening using the SGA method revealed the highest rate of malnutrition at 50%. During the 24-hour preoperative hospitalization period, the prevention of refeeding syndrome was achieved in only 12.5% of cases. Only 47.5% of patients received intravenous fluids, 25% were given carbohydrate loading the day before surgery, and 17.5% were given carbohydrate loading 2 hours before surgery.

Conclusion: The rate of malnutrition or risk of malnutrition in patients before surgery was relatively high at 50%. The prevention of refeeding syndrome was achieved in only 12.5% of cases. Only 17.5% of patients received carbohydrate loading 2 hours before surgery.

Keywords: Nutritional care, abdominal surgery, anesthesiology and resuscitation.

*Corresponding author

Email: thoagm@gmail.com Phone: (+84) 914177346 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD13.3177>

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT Ổ BỤNG CÓ KẾ HOẠCH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Thị Thoa^{1*}, Nguyễn Hải Yến², Lã Thị Hiền¹, Nguyễn Huy Hiệp¹, Đặng Hải Giang¹

¹Khoa Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên -
479 Lương Ngọc Quyến, P. Phan Đình Phùng, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

²Khoa Dinh dưỡng, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên -
479 Lương Ngọc Quyến, P. Phan Đình Phùng, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 30/07/2025

Chỉnh sửa ngày: 07/08/2025; Ngày duyệt đăng: 12/09/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật ổ bụng có kế hoạch và công tác chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện từ ngày 1/4/2024 đến ngày 31/10/2024 trên 40 người bệnh được phẫu thuật ổ bụng có kế hoạch tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Thông tin được thu thập qua phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi sẵn có, thăm khám tại giường và ghi nhận dữ liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Nhóm người bệnh phẫu thuật đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (60%). Tỷ lệ người bệnh giảm cân không mong muốn trong thời gian 6 tháng trước thời điểm nhập viện để phẫu thuật đường tiêu hóa chiếm 62,5%. Sàng lọc dinh dưỡng theo phương pháp SGA có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất là 50%. Trong thời gian nằm viện trước phẫu thuật 24 giờ, việc phòng ngừa hội chứng nuôi ăn lại chỉ đạt 12,5%. Chỉ có 47,5% người bệnh được truyền dịch và 25% thực hiện uống nạp carbohydrate tối ngày trước phẫu thuật; 17,5% uống nạp carbohydrate trước phẫu thuật 2 giờ.

Kết luận: Tỷ lệ tình trạng suy dinh dưỡng hoặc nguy cơ suy dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật khá cao với 50%. Việc phòng ngừa hội chứng nuôi ăn lại chỉ đạt 12,5%; chỉ có 17,5% người bệnh uống nạp carbohydrate trước phẫu thuật 2 giờ.

Từ khóa: Chăm sóc dinh dưỡng, gây mê hồi sức, phẫu thuật ổ bụng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng là nhu cầu sống còn của cơ thể, việc cung cấp các chất dinh dưỡng đầy đủ với chất lượng đảm bảo và thành phần cân đối là rất cần thiết để duy trì sự sống, hoạt động và phát triển của con người. Với người bệnh ngoại khoa, đặc biệt là người bệnh có phẫu thuật đường tiêu hóa thì dinh dưỡng là một yếu tố quan trọng tác động lên sự thành công của điều trị, tuy nhiên lại thường bị bỏ qua trong quá trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật [1]. Vì vậy, cần sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) nhằm nhận diện được nguy cơ để có kế hoạch can thiệp dinh dưỡng phù hợp trước phẫu thuật.

Theo thống kê của Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng và Chuyển hóa châu Âu, tỷ lệ SDD trung bình của người bệnh nội trú là 41,7%. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng SDD làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, chậm lành vết thương, làm tăng biến chứng, đặc biệt là biến chứng sau phẫu thuật, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng tỷ lệ tử vong [7]. Với người bệnh phẫu thuật tiêu hóa, nguy cơ SDD cao hơn những người bệnh điều trị các bệnh khác.

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD ở những người bệnh phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật tiêu hóa rất cao, từ 46-71%. Do đó vấn đề đánh

*Tác giả liên hệ

Email: thoagm@gmail.com Điện thoại: (+84) 914177346 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD13.3177>

giá thực trạng dinh dưỡng và chăm sóc dinh dưỡng trước phẫu thuật cho người bệnh tiêu hóa đóng vai trò hết sức quan trọng [2-3].

Chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh trước phẫu thuật trong thời gian nằm viện là nhiệm vụ của người điều dưỡng. Để can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh trong một thời gian ngắn, đòi hỏi người điều dưỡng phải nhận định được tình trạng dinh dưỡng của mỗi người bệnh, từ đó đưa ra mục tiêu can thiệp và những hoạt động chăm sóc dinh dưỡng phù hợp với từng giai đoạn.

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là bệnh viện hạng đặc biệt. Hàng tháng trung bình phẫu thuật có kế hoạch từ 650-700 ca, trong đó phẫu thuật đường tiêu hóa có chuẩn bị trung bình 40 ca/tháng. Tuy nhiên, các nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng cũng như chế độ chăm sóc dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật đường tiêu hóa tại đây chưa được đề cập đến. Để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh trước phẫu thuật, hạn chế các biến chứng sau phẫu thuật, giảm chi phí y tế cũng như thời gian nằm viện cho người bệnh liên quan đến dinh dưỡng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật ổ bụng có kế hoạch; (2) Mô tả thực trạng công tác chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh trước phẫu thuật ổ bụng có kế hoạch.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu*: Người bệnh tuổi từ 18-65, có thời gian nằm viện trước phẫu thuật tối thiểu 2 ngày, được chỉ định phẫu thuật đường tiêu hóa có kế hoạch.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu; có thai, có kèm đái tháo đường và glucose máu > 10 mmol/l; người bệnh đang thở máy hoặc có các bệnh khác phối hợp (suy gan, suy thận, suy tim ở mức độ nặng...).

- *Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu*: người bệnh tử vong trong khi phẫu thuật hay 24 giờ sau phẫu thuật, người bệnh hoặc người giám hộ không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.

- *Thời gian, địa điểm nghiên cứu*: nghiên cứu thực hiện từ tháng 4/2024 đến tháng 10/2024 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu trong nghiên cứu

- Cỡ mẫu: 40 người bệnh.

- Phương pháp chọn mẫu: phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn, sàng lọc dinh dưỡng và can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật trong thời gian từ tháng 4-6 năm 2024 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu

Thông tin được thu thập qua phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi sẵn có, thăm khám tại giường và ghi nhận dữ liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án: chẩn đoán bệnh, các xét nghiệm cận lâm sàng được làm trước khi người bệnh phẫu thuật.

- Cân nặng trước khi phát hiện bệnh: dựa vào hỏi người bệnh cân nặng thường có trước khi phát hiện bệnh (kg).

- Cân nặng hiện tại: cân buổi chiều ngày trước phẫu thuật, sử dụng cân Tanita với độ chính xác đến 0,1 kg; chiều cao đo bằng thước dây với đơn vị centimet, thước sẽ ở vị trí 0 cm khi chạm đất.

- Đo chu vi vòng cánh tay: dùng thước mềm, không chun giãn với độ chính xác 0,1 cm; đặt vị trí số 0 của thước vào mỏm cùng xương vai, kéo thẳng thước đo đến mỏm trên lồi cầu xương cánh tay, đánh dấu điểm giữa cánh tay; dùng thước đo quanh điểm giữa cánh tay, đảm bảo cho thước đo có độ căng vừa phải không quá chặt, không quá lỏng, đọc kết quả chính xác đến 0,1 cm.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng BMI (Body Mass Index - chỉ số khối cơ thể) dựa vào phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (2000): BMI = cân nặng (kg)/[chiều cao (m)]². Thiếu năng lượng trường diễn khi BMI < 18,5 kg/m²; bình thường khi BMI = 18,5-24,99 kg/m²; thừa cân khi BMI = 25-29,99 kg/m²; béo phì khi BMI ≥ 30 kg/m².

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng SGA (Sub-jective Global Assessment - đánh giá tổng thể chủ quan) dựa vào bảng phỏng vấn và khám lâm sàng bằng công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng SGA [7]. SGA phân chia người bệnh thành 3 nhóm: nhóm A là có tình trạng dinh dưỡng bình thường, nhóm B là SDD vừa, nhóm C là SDD nặng.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo MUAC (Mid Upper Arm Circum - chu vi vòng cánh tay): MUAC < 23,5 cm là bị SDD; MUAC ≥ 23,5 cm là không SDD.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo albumin huyết

thanh: albumin > 35 g/l là bình thường; albumin từ 28 đến dưới 35 g/l là SDD nhẹ; albumin từ 21-27g/l là SDD vừa; albumin < 21 g/l là SDD nặng.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm dân số xã hội của người bệnh.
- Đặc điểm bệnh lý phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật.
- Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật: tình trạng giảm cân, SDD, các vấn đề tiêu hóa gặp phải trước khi nhập viện trong vòng 6 tháng.
- Can thiệp dinh dưỡng của điều dưỡng:
 - + Sau khi sàng lọc đánh giá tình trạng dinh dưỡng, thực hiện chế độ dinh dưỡng theo đối tượng cần can thiệp.
 - + Phòng ngừa hội chứng nuôi ăn lại.
 - + Ưu tiên dinh dưỡng qua đường tiêu hóa.
 - + Bổ sung dinh dưỡng đường miệng.
 - + Cân nhắc chỉ định đặt ống thông dạ dày.
 - + Thời gian thực hiện chỉ định dinh dưỡng tĩnh mạch.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Các đối tượng nghiên cứu đều được giải thích đầy đủ về mục đích, nội dung nghiên cứu. Chỉ khi có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu thì mới tiến hành quan sát, phỏng vấn. Đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối hoặc ngừng tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo trung thực. Các số liệu và kết quả nghiên cứu đảm bảo bí mật và chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu với mục đích cải tiến chất lượng, không sử dụng cho mục đích khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

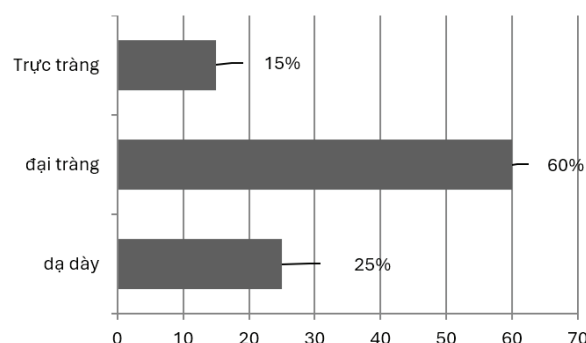
3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 1. Đặc điểm dân số, xã hội của người bệnh (n = 40)

Đặc tính		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	28	70,0
	Nữ	12	30,0

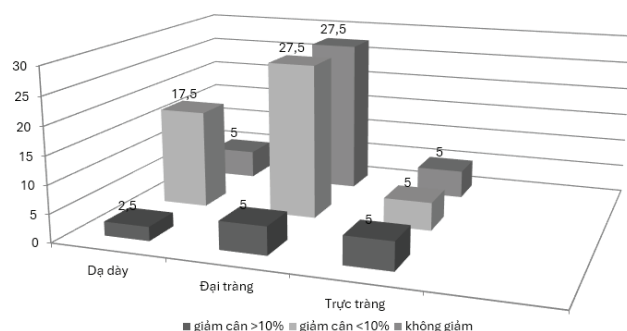
Đặc tính		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18-30	1	2,5
	31-60	5	12,5
	> 60	34	85,0
Dân tộc	Kinh	24	60,0
	Khác	16	40,0
Trình độ	Tiểu học	1	2,5
	Trung học cơ sở	5	12,5
	Trung học phổ thông	30	75,0
	≥ Đại học	4	10,0
Nghề nghiệp	Nông dân	16	40,0
	Hưu trí	18	45,0
	Khác (nội trợ, buôn bán...)	6	15,0

Bảng 1 cho thấy đối tượng nghiên cứu giới tính nam chiếm đến 70%, chủ yếu ở lứa tuổi trên 60 (85%). Người bệnh là dân tộc thiểu số chiếm 40%. Phần lớn đối tượng có trình độ học vấn trung học phổ thông (75%), tiếp đến là trung học cơ sở (12,5%), ≥ đại học (10%), tiểu học (2,5%). Nghề nghiệp chủ yếu là đối tượng hưu trí (45%). tiếp đến là nông dân (40%).



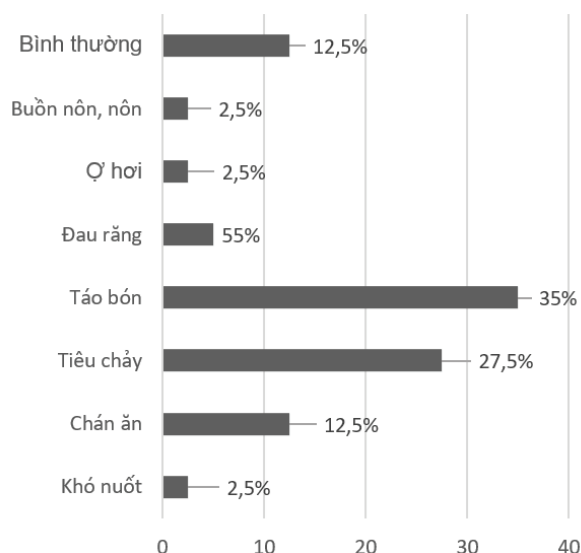
Biểu đồ 1. Đặc điểm bệnh lý phẫu thuật (n = 40)

Biểu đồ 1 cho thấy, trong số những người bệnh phẫu thuật, người bệnh phẫu thuật đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), người bệnh phẫu thuật dạ dày chiếm 25%, trực tràng chiếm 15%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có người bệnh phẫu thuật ruột non và thực quản.



Biểu đồ 2. Tình trạng giảm cân không mong muốn trong thời gian 6 tháng trước thời điểm nhập viện (n = 40)

Tỷ lệ người bệnh giảm cân không mong muốn trong thời gian 6 tháng trước thời điểm nhập viện để phẫu thuật đường tiêu hóa chiếm 62,5%, trong đó giảm cân trên 10% là 12,5%, giảm cân dưới 10% là 45%.



Biểu đồ 3. Các vấn đề tiêu hóa gặp phải (n = 40)

Có 11 người bệnh gặp vấn đề tiêu chảy chiếm 27,5% và 14 người bệnh táo bón chiếm 35%. Có 12,5% người bệnh chán ăn; 2,5% khó nuốt; 2,5% ợ hơi và 5% đau răng.

Bảng 2. Sàng lọc dinh dưỡng trước phẫu thuật (n = 40)

Đặc tính		Tần suất	Tỷ lệ
Phương pháp SGA	SGA-A	20	50,0%
	SGA-B	13	32,5%
	SGA-C	7	17,5%
Phương pháp MUAC	Không SDD	17	42,5%
	Có SDD	23	57,5%

Đặc tính		Tần suất	Tỷ lệ
Phương pháp BMI	Thừa cân béo phì	0	0
	Bình thường	28	70,0%
	Thiếu năng lượng trường diễn	12	30,0%
Phương pháp albumin huyết thanh	Không SDD	24	60,0%
	SDD nhẹ	12	30,0%
	SDD trung bình	4	10,0%
	SDD nặng	0	0

Theo phương pháp SGA thì tỷ lệ SGA-A là 50%; theo phương pháp MUAC tỷ lệ người bệnh không SDD là 42,5%; theo phương pháp BMI thì 70% người bệnh tình trạng dinh dưỡng bình thường; theo phương pháp albumin huyết thanh thì tỷ lệ người bệnh không SDD là 60%.

3.2. Can thiệp điều dưỡng trong thời gian người bệnh nằm viện chờ phẫu thuật

Bảng 3. Can thiệp điều dưỡng trong thời gian người bệnh nằm viện trước phẫu thuật 24 giờ (n = 40)

Can thiệp điều dưỡng			
Có		Không	
Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Tư vấn dinh dưỡng			
40	100%	0	0
Sàng lọc SDD			
40	100%	0	0
Xác định đường nuôi dưỡng			
31	77,5%	9	22,5%
Hướng dẫn chế độ ăn			
40	100%	0	0
Kiểm soát ăn uống chất kích thích trước mổ			
20	50%	20	50%
Phòng ngừa hội chứng nuôi ăn lại (kiểm tra ion đồ máu, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, ion đồ, cân nặng...)			
5	12,5%	35	87,5%

Tỷ lệ người bệnh được sàng lọc dinh dưỡng, hướng dẫn chế độ ăn và Tư vấn dinh dưỡng đạt 100%, có 77,5% người bệnh được xác định đường nuôi dưỡng, 50% được kiểm soát ăn uống chất kích thích. Tuy nhiên việc phòng ngừa hội chứng nuôi ăn lại chỉ đạt 12,5%.

Bảng 4. Can thiệp của điều dưỡng trong 24 giờ trước phẫu thuật (n = 40)

Can thiệp điều dưỡng			
Có		Không	
Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Ăn nhẹ trước 8 giờ			
40	100%	0	0
Kiểm soát nhin ăn trước phẫu thuật			
40	100%	0	0
Truyền dịch trước phẫu thuật			
19	47,5%	21,0%	52,5%
Hướng dẫn uống nạp carbohydrate trước phẫu thuật theo quy định			
40	100%	0	0
Uống nạp carbohydrate tối ngày trước phẫu thuật			
10	25,0%	30	75,0%
Uống nạp carbohydrate trước phẫu thuật 2 giờ			
7	17,5%	33	82,5%

100% người bệnh được hướng dẫn ăn nhẹ trước 8 giờ, kiểm soát nhin ăn trước phẫu thuật và được hướng dẫn uống nạp carbohydrate trước phẫu thuật theo quy định, tuy nhiên chỉ 47,5% người bệnh được truyền dịch và 25% thực hiện uống nạp carbohydrate tối ngày trước phẫu thuật, 17,5% uống nạp carbohydrate trước phẫu thuật 2 giờ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 40 người bệnh trước phẫu thuật ổ bụng có kế hoạch, bao gồm 28 nam và 12 nữ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Người bệnh nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 85%, nhóm tuổi 31-60 chiếm 12,5% và nhóm tuổi 18-30 chỉ chiếm 2,5%. Ở nhóm những người cao tuổi, các chức năng sinh lý của các cơ quan suy giảm, gặp nhiều vấn đề tiêu hóa mắc phải như mắc bệnh răng miệng, nhai khó, nuốt nghẹn, tiêu hóa kém... dẫn đến tình trạng SDD. Hơn nữa, các bệnh mạn tính kèm theo thường gặp ở người cao tuổi có thể làm trầm trọng hơn tình trạng dinh dưỡng.

Đối tượng tham gia nghiên cứu là người dân tộc Kinh

chiếm 60 và có đến 40% người bệnh là dân tộc thiểu số. Phần lớn đối tượng có trình độ học vấn là trung học phổ thông (75%), tiếp đến là trung học cơ sở (12,5%), trình độ $\geq$ đại học chiếm 10% và tiểu học chiếm 2,5%. Đa số đối tượng đã nghỉ hưu (45%), tiếp đến là nông dân (40%). Điều này cho thấy đa số đối tượng hạn chế khả năng nhận thức và cập nhật kiến thức về dinh dưỡng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh phẫu thuật đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), người bệnh phẫu thuật dạ dày chiếm 25%, phẫu thuật trực tràng chiếm 15%. Trong nghiên cứu này không có người bệnh phẫu thuật ruột non và thực quản.

4.2. Tình trạng giảm cân không mong muốn trong thời gian 6 tháng trước thời điểm nhập viện

Giảm cân ngoài ý muốn được xem là chỉ số rất nhạy cảm của tình trạng dinh dưỡng. Việc giảm cân hơn 10% trong vòng 6 tháng trước khi nhập viện được chứng minh là có ý nghĩa về mặt lâm sàng [1]. Kết quả của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ người bệnh giảm cân không mong muốn trong thời gian 6 tháng trước thời điểm nhập viện để phẫu thuật đường tiêu hóa chiếm 62,5%, trong đó giảm cân trên 10% là 12,5%, giảm cân dưới 10% là 45%. Tỷ lệ người bệnh không giảm cân đạt 37,5%. Có 1 người bệnh phẫu thuật đại tràng và 1 người bệnh phẫu thuật trực tràng cân nặng giảm đến 20%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Huyền với tỷ lệ 68,9% người bệnh có tình trạng giảm cân không mong muốn 6 tháng trước phẫu thuật [9]; thấp hơn nghiên cứu của Chu Thị Tuyết (2013) trên người bệnh phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa cho thấy tỷ lệ người bệnh giảm trên 10% trong vòng 6 tháng là 29,2% [5].

Tình trạng giảm cân trước thời điểm nhập viện của người bệnh phẫu thuật dạ dày là 20%, đại tràng 32,5% và trực tràng là 10%.

Nguyên nhân của sự giảm cân này là do hầu hết người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa đều gặp một số vấn đề như khó nuốt, ợ hơi ợ chua, tiêu chảy, táo bón. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 11 người bệnh (27,5%) gặp vấn đề tiêu chảy và 14 người bệnh (35%) táo bón. Một số người bệnh gặp các khó khăn trong việc ăn uống như các vấn đề răng miệng, đau răng, viêm loét miệng chiếm 5%; có 12,5% người bệnh chán ăn; 2,5% buồn nôn và nôn; 5% gặp các vấn đề về răng miệng; và 2,5% khó nuốt. Khi đường tiêu hóa bị tổn thương càng làm xuất hiện các triệu chứng trên làm cho khả năng tiêu hóa và hấp thụ thức ăn của người bệnh kém đi.

4.3. Sàng lọc dinh dưỡng trước phẫu thuật

Sử dụng SGA để sàng lọc bệnh nhân có nguy cơ

dinh dưỡng trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhằm can thiệp dinh dưỡng. Nhiều nghiên cứu đã sử dụng SGA để sàng lọc nguy cơ SDD của người bệnh trước phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh trước phẫu thuật có nguy cơ SDD là 50%, trong đó nguy cơ SDD mức vừa (SGA-B) là 32,5%, mức độ nặng (SGA-C) lên tới 17,5%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Bùi Thị Huyền tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với tỷ lệ SDD theo SGA là 55,6% trong đó SDD mức độ nặng (SGA-C) là 21,1% [9].

Đo chu vi của điểm giữa cánh tay bằng thước dây được xem là cách đánh giá gián tiếp dự trữ protein của cơ thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ SDD theo MUAC là 57,5%, cao hơn so với kết quả của Bùi Thị Huyền với tỷ lệ 23,3%. Kết quả có sự khác nhau do nghiên cứu sử dụng mức độ phân loại SDD theo MUAC khác nhau, ngoài ra chu vi vòng cánh tay cũng tùy thuộc từng nhóm bệnh khác nhau.

Sàng lọc dinh dưỡng bằng phương pháp BMI trong nghiên cứu của chúng tôi có 30% người bệnh có BMI < 18,5 kg/m². Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Bùi Thị Duyên là 24,5% [6], tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa của Nguyễn Duy Hiếu là 24,2% [4]. Thiếu năng lượng trường diễn là một yếu tố tăng biến chứng và tử vong ở người bệnh phẫu thuật ổ bụng, ung thư [10]. Tuy nhiên, đối với người bệnh nằm viện với nhiều trường hợp chỉ số này không còn chính xác như: tình trạng mất nước, phù, báng bụng, hoặc khi người bệnh có tình trạng sụt cân không chủ ý trên 10% trọng lượng cơ thể trong một thời gian nhất định nhưng BMI vẫn trong giới hạn bình thường [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ albumin cũng được sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Nồng độ albumin huyết thanh trước phẫu thuật không chỉ dùng đánh giá tình trạng dinh dưỡng, độ nặng của bệnh mà còn là yếu tố có ý nghĩa trong tiên lượng biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Nồng độ albumin huyết thanh càng giảm thì nguy cơ biến chứng, tử vong càng cao sau phẫu thuật [11]. Chúng tôi ghi nhận 60% người bệnh có albumin huyết thanh ≥ 35 g/l và 40% người bệnh có albumin huyết thanh dưới 35 g/l. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Bùi Thị Duyên với tỷ lệ người bệnh có albumin < 35 g/l là 42,8% và Nguyễn Duy Hiếu với tỷ lệ người bệnh có albumin < 35 g/l là 44% [4]. Người bệnh có albumin < 35 g/l là những người có khẩu phần không đáp ứng đủ năng lượng và protein trong một thời gian dài trước phẫu thuật (ít nhất là

khoảng 2 tuần trước phẫu thuật).

4.4. Can thiệp dinh dưỡng của điều dưỡng trong thời gian nằm viện trước phẫu thuật

Người điều dưỡng có vai trò chính trong can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh, từ sàng lọc dinh dưỡng đến tư vấn chế độ ăn và thực hiện chế độ dinh dưỡng. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ người bệnh được sàng lọc dinh dưỡng, hướng dẫn chế độ ăn và tư vấn dinh dưỡng đều đạt 100%. Tuy nhiên có 22,5% người bệnh không được xác định đường nuôi dưỡng, 50% không được kiểm soát ăn uống chất kích thích, đều là những người bệnh không SDD. Việc phòng ngừa hội chứng nuôi ăn lại chỉ đạt 12,5% đều là những người bệnh SDD nặng và có nguy cơ cao với hội chứng này.

Trong 24 giờ trước phẫu thuật, điều dưỡng chăm sóc kiểm soát chế độ ăn của người bệnh, hướng dẫn người bệnh được ăn nhẹ trước 8 giờ. Tư vấn hướng dẫn cho người bệnh uống nạp carbohydrate trước phẫu thuật theo quy định với những người bệnh không có chống chỉ định, tối trước mổ nạp 100g carbohydrate (400 kcal), ngày mổ uống đến 2 giờ trước phẫu thuật 50g carbohydrate (200 kcal) [8]. Trong nghiên cứu, 100% người bệnh được hướng dẫn ăn nhẹ trước 8 giờ, kiểm soát nhịn ăn trước phẫu thuật và được hướng dẫn uống nạp carbohydrate trước phẫu thuật theo quy định, tuy nhiên chỉ 47,5% người bệnh được truyền dịch và 25% thực hiện uống nạp carbohydrate tối ngày trước phẫu thuật.

Việc nạp carbohydrate 2 giờ trước phẫu thuật làm giảm dị hóa đạm và cân bằng nitor âm tính, bảo tồn cơ bắp, giảm kháng insulin sau mổ, kiểm soát glucose máu chu phẫu và giảm LOS [8], tuy nhiên chỉ có 17,5% người bệnh được thực hiện do hiện tại carbohydrate chưa được vào thầu, người bệnh phải tự túc nên các bác sỹ và điều dưỡng ngại giải thích cho người bệnh, một số bác sỹ gây mê vẫn ngần ngại nguy cơ trào ngược trong gây mê, quan điểm của phẫu thuật viên về vấn đề đường tiêu hóa sạch trong phẫu thuật...

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 40 người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa có kế hoạch cho thấy tình trạng SDD hoặc nguy cơ SDD của người bệnh này là khá cao. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5 kg/m²) tại thời điểm trước phẫu thuật là 30%. Tỷ lệ người bệnh giảm cân không mong muốn trên 10% trọng lượng cơ thể trong thời gian 6 tháng trước thời điểm phẫu thuật là 12,5%. Việc phòng ngừa hội chứng nuôi ăn lại chỉ đạt 12,5%. Có 17,5% người bệnh uống nạp

carbohydrate trước phẫu thuật 2 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Torgersen Z et al. Perioperative nutrition. Surg Clin, 2015, 95 (2), p. 255-267.
- [2] Pham N.V. Application of subjective global assessment as a screening tool for malnutrition in surgical patients in Vietnam. Clin Nutr, 2006, 25 (1), 102-8.
- [3] Norman K. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clin Nutr, 2008, 27 (1), 5-15.
- [4] Nguyễn Duy Hiếu. Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2016. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [5] Chu Thị Tuyết. Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa mở có chuẩn bị tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2013. Luận án tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, 2015.
- [6] Bùi Thị Duyên, Nguyễn Quang Dũng. Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2020. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2021, 17 (2): 35-45.
- [7] Detsky A.S. What is subjective global assessment of nutritional status?, 1987, 11 (1), 8-13.
- [8] Hội Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt nam, Hội Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và đường tiêu hóa Việt nam. Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học.
- [9] Bùi Thị Huyền. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật đường tiêu hóa có chuẩn bị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức 2021-2022. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2022, tập 18, tập số 2E.
- [10] John T Mullen. Impact of Body Mass Index on Perioperative Outcomes in Patients Undergoing Major Intra-abdominal Cancer Surgery. Annals of Surgical Oncology, 2008, 15 (8), 2164.
- [11] Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thùy An. Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan mật tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2011, tập 15 (phụ bản của số 4), 387-396.