

DESCRIPTIVE STUDY RESULTING OF PATIENTS WERE RECEIVED PREOPERATIVE NUTRITIONAL SUPPORT AT THE DEPARTMENT OF DIGESTIVE SURGERY, VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Tran Van Nhung^{1*}, Pham Hoang Ha¹, Dao Thanh Xuyen¹, Tong Thi Thu Trang¹,
Nguyen Van Hien¹, Nguyen Dinh Can²

¹Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hang Bong, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

²Viet Duc Nutrition Consulting and Physical Development Joint Stock Company - Dong Tru village, Dong Hoi commune, Dong Anh, Hanoi, Vietnam

Received 28/05/2023

Revised 30/06/2023; Accepted 01/08/2023

ABSTRACT

Preoperative nutrition interventions have an important role in patient postoperative recovery and reducing surgical complications.

Aims: Evaluate the result of preoperative nutrition intervention for the patient.

Patients and methods: 50 patients with surgical abdominal diseases received preoperative nutrition intervention at the Department of digestive surgery, Viet Duc University Hospital, from 03/2020 to 6/2021.

Results: The rate of parenteral associated with enteral nutrition was 74%, the rate of total parenteral nutrition was 26 %; the mean time of preoperative nutrition was 9,1 days, and the mean calories per day was 1511 Kcalo. In the group of parenteral associated with enteral nutrition, all the indexes for nutritious assessment before the nutrition support like the mean body weight (43,2 kg), serum albumin (36,5 gr/l), serum protein (66,4 gr/l), serum prealbumin (20,7 gr/l) augmented after the nutrition support: the mean body weight (44,7 kg), serum albumin (40,4 gr/l), serum protein (71,4 gr/l), serum prealbumin (23,9 gr/l). In the group of total parenteral nutrition, only serum pre albumin augmented from 17,0 gr/l before nutrition to 19,9 gr/l after nutrition. The rate of postoperative complication was 22 %, the mean of postoperative hospital stay was 12,1 days.

Conclusions: Preoperative nutrition intervention is a safe and effective treatment to ameliorate the patients' health condition.

Keywords: Preoperative nutrition.

*Corresponding author

Email address: Tranvannhuongvd@gmail.com

Phone number: (+84) 984 772 121

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i5.785>



CAN THIỆP DINH DƯỠNG TRƯỚC MỔ TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trần Văn Nhung^{1*}, Phạm Hoàng Hà¹, Đào Thanh Xuyên¹, Tống Thị Thu Trang¹, Nguyễn Văn Hiền¹, Nguyễn Đình Căn²

¹Bệnh viện Việt Đức - 40 Tràng Thi, Hàng Bông, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

²Công ty CP Tư vấn dinh dưỡng và phát triển thể chất Việt Đức - làng Đông Trù, xã Đông Hội, huyện Đông Anh, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28 tháng 05 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 30 tháng 06 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 08 năm 2023

TÓM TẮT

Can thiệp dinh dưỡng người bệnh trước phẫu thuật có vai trò quan trọng trong phục hồi sau mổ và giảm biến chứng sau mổ.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả nuôi dưỡng người bệnh trước phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 50 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật bụng, được nuôi dưỡng trước mổ tại Khoa Phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 03/2020 đến 06/2021.

Kết quả: Tỷ lệ nuôi dưỡng tĩnh mạch kết hợp đường ruột 74%, tỷ lệ nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoàn toàn 26 %; thời gian nuôi dưỡng trung bình 9,1 ngày; lượng Kcalo nuôi dưỡng trung bình là 1511 Kcalo/ngày. Nhóm nuôi dưỡng phối hợp đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch có cân nặng trung bình (43,2 kg), albumin máu (36,5 gr/l), protein máu (66,4 gr/l), prealbumin máu (20,7 gr/l) đều tăng lên sau khi nuôi dưỡng: cân nặng trung bình 44,7 kg, albumin máu 40,4 gr/l, protein máu 71,4 gr/l, prealbumin máu 23,9 gr/l. Nhóm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoàn toàn có chỉ số prealbumin tăng từ 17,0 gr/l trước nuôi lên 19,9 gr/l sau khi nuôi, còn các chỉ số protein, albumin, cân nặng không có sự thay đổi trước và sau nuôi dưỡng. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 22%, thời gian nằm viện trung bình sau mổ 12,1 ngày.

Kết luận: Can thiệp dinh dưỡng người bệnh trước phẫu thuật là kỹ thuật khả thi, an toàn và có hiệu quả trong việc nâng cao thể trạng bệnh nhân.

Từ khóa: Nuôi dưỡng trước mổ.

*Tác giả liên hệ

Email: Tranvannhuongvd@gmail.com

Điện thoại: (+84) 984 772 121

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i5.785>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng kém là một trong những nguyên nhân chính gây ra những biến chứng sau mổ, làm tăng chi phí, kéo dài ngày nằm điều trị và gây tình trạng quá tải bệnh viện. Người bệnh trước mổ thường có tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng nặng do giảm cung cấp và giảm hấp thu trầm trọng các chất dinh [12], [3]. Tại Mỹ và châu Âu, tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh phẫu thuật gặp từ 7- 46% [3]. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh nội trú tại Việt Nam là 40-50%, tại Bệnh viện Bạch Mai 65% người bệnh nhập viện tại khoa hồi sức có suy dinh dưỡng [1]. Lợi ích của điều trị dinh dưỡng là giảm biến chứng sau phẫu thuật, giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn, mau lành vết thương, hồi phục nhanh, cải thiện chất lượng sống. Theo J. Boldt, hạ albumin/máu là một yếu tố tiên lượng biến chứng và tử vong sau mổ, giảm mỗi 10g albumin/ lít máu làm tăng tử vong 137%, tăng biến chứng 89% [5].

Nuôi dưỡng là đưa các chất dinh dưỡng vào cơ thể nhằm cung cấp năng lượng, đảm bảo cấu trúc, chức năng và hoạt động bình thường của tế bào. Suy dinh dưỡng gây ra nhiều hậu quả cho người bệnh, cần phải cần sàng lọc người bệnh khi vào viện phát hiện ngay tình trạng suy dinh dưỡng và có phương pháp can thiệp dinh dưỡng kịp thời. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là bệnh viện chuyên ngành về ngoại khoa, thành công của cuộc mổ có vai trò hết sức quan trọng của điều trị dinh dưỡng người bệnh trước mổ, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là những bệnh nhân được đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nuôi dưỡng trước mổ tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 03/2020 đến 06/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những người bệnh được nuôi dưỡng nhưng không điều trị phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả

- Quy trình nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân vào khoa

Phẫu thuật tiêu hóa có chỉ định điều trị phẫu thuật được đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước mổ. Chỉ định nuôi dưỡng trước mổ cho những bệnh nhân có BMI <18,5. Tiến hành nuôi dưỡng bằng đường miệng hoặc đường tĩnh mạch trong thời gian tối thiểu 5 ngày trước ngày phẫu thuật. Đánh giá kết quả nuôi dưỡng dựa vào sự thay đổi các chỉ số dinh dưỡng, ghi nhận các biến chứng sau mổ

- Quy trình nuôi dưỡng:

+ Đường nuôi dưỡng:

Nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch: Chỉ định cho những bệnh nhân không ăn uống được bằng đường miệng, đường tiêu hóa

Nuôi dưỡng kết hợp đường ruột và tĩnh mạch: Chỉ định cho những bệnh nhân còn ăn được đường miệng hoặc ăn qua mở thông dạ dày, mở thông hồng tràng.

+ Chế phẩm nuôi dưỡng:

Đường ruột: Sữa Kabi fresubin (1lọ 200ml có 400 Kcal, protid =20g, lipid =16g, glucid =44 g); Sữa Kabi Supportan (1lọ 200ml có 300 Kcal, protid =20g, lipid =14g, glucid =24 g).

Đường tĩnh mạch: Smofkabiven (túi 1260 ml có 800Kcal, protid = 38 g, lipid =34g, glucid = 85 g); Aminoplasma 10% (chai 500ml có 200 Kcal); Lipovevous 10% (chai 500mL có 500 Kcal); Glucose 10% (chai 500ml có 200 Kcal).

+ Năng lượng cung cấp hàng ngày [2]:

Công thức tính lượng Kcalo/ngày:

Cân nặng thường có x 30 Kcal (trong đó protid =1,5g/kg cân nặng thường có, tỷ lệ lipid/glucid= 4/10)

Lượng dịch vào = 40ml x Kg cân nặng [2]

Trường hợp nuôi dưỡng kết hợp đường ruột và tĩnh mạch thì tỷ lệ lượng Kcalo đường ruột và tĩnh mạch được tính như sau: lượng Kcalo/ngày= % lượng Kcalo đường ruột tối đa + % lượng Kcalo đường tĩnh mạch

Trong một số trường hợp lượng Kcalo người bệnh ăn được bằng đường miệng nhỏ hơn 50% lượng Kcalo/ngày chúng tôi đặt sonde dạ dày để truyền sữa nhỏ giọt qua sonde dạ dày và cộng với lượng Kcalo bằng dịch truyền.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm người bệnh trước mổ; các chỉ số dinh dưỡng (cân nặng (kg), BMI (kg/m), albumin máu (gr/l), protein máu (gr/l), prealbumin máu



(gr/l); kỹ thuật nuôi dưỡng (đường nuôi, thời gian nuôi (ngày), lượng Kcalo/ngày, biến chứng nuôi dưỡng); kết quả phẫu thuật (thời gian nằm viện sau phẫu thuật, biến chứng sau mổ trong thời gian nằm viện: chảy máu, nhiễm trùng, suy hô hấp, viêm phổi, rò tiêu hóa, tắc ruột, áp xe...)

- Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS20.0. Các biến định tính được biểu diễn bằng tần suất, tỷ lệ phần trăm, biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị nhỏ nhất, lớn nhất, trung bình. So sánh các biến số trước và sau

nuôi dưỡng sử dụng test T ghép cặp.

- Đạo đức nghiên cứu: Quá trình thu thập số liệu để phục vụ cho nghiên cứu được sự đồng ý và tuân thủ đúng của Hội đồng khoa học Bệnh viện Việt Đức.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 03 năm 2020 đến tháng 06 năm 2021 chúng tôi tiến hành nuôi dưỡng trước mổ cho 50 bệnh nhân kết quả thu được như sau:

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh trước phẫu thuật

Đặc điểm người bệnh		n (50)	%
Tuổi (năm)	18 -39	9	18
	40 -59	22	44
	60 -80	19	38
	Tuổi trung bình	58,2 ± 1,5 (18-80)	
Giới tính	Nam	33	66
	Nữ	17	34
Tình trạng dinh dưỡng theo BMI	< 16 (Suy dinh dưỡng nặng)	10	20
	16-16,9 (Suy dinh dưỡng trung bình)	17	34
	17- 18,4 (Suy dinh dưỡng nhẹ)	23	46
	Trung bình (tối thiểu – tối đa)	16,8 ± 1,2 (13,2 - 18,4)	
Chẩn đoán bệnh	K dạ dày	18	36
	K thực quản	10	20
	K đại trực tràng	3	6
	Viêm tụy mạn	3	6
	U tá tràng, U bóng vater	310	20
	Rò tiêu hóa, Rò thực quản-khí quản	3	6
	U sau phúc mạc	3	6

Kết quả người bệnh trước mổ K dạ dày chiếm tỷ lệ 36%, người bệnh suy dinh dưỡng nặng và trung bình chiếm tỷ lệ 54%.

Bảng 2. Can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật

Kỹ thuật nuôi dưỡng		n	%
Can thiệp dinh dưỡng	Nuôi đường tĩnh mạch	13	26
	Nuôi phối hợp đường ruột và tĩnh mạch	37	74
	Đặt sonde tá tràng qua nội soi nuôi ăn	5/37	
Thời gian can thiệp trung bình (tối thiểu – tối đa) (ngày)		9,1 ± 4,2 (5-27)	
Năng lượng trung bình /ngày (tối thiểu – tối đa) (kcal)		1511 ± 168 (1170 - 1920)	
Biến chứng can thiệp dinh dưỡng	Không	45	90
	Ỉa chảy, đầy bụng	5	10

Kết quả người bệnh nuôi dưỡng trước mổ bằng đường ruột và tĩnh mạch chiếm tỷ lệ 74%.

Bảng 3. Kết quả can thiệp dinh dưỡng theo tình trạng suy dinh dưỡng

Tình trạng dinh dưỡng theo BMI	Chỉ số xét nghiệm máu	Trước can thiệp	Sau can thiệp	P
Suy dinh dưỡng nặng (BMI <16)	Protein	63,7±6,9	67,4±8,5	< 0,05
	Albumin	33,5±5,0	36,1±5,8	< 0,05
	Prealbumin	18,7±5,8	21,6±6,8	< 0,05
	Cân nặng	38,7±5,5	39,4±5,8	< 0,05
Suy dinh dưỡng vừa (16 ≤BMI < 16,9)	Protein	67,6±2,9	71,9±3,7	< 0,05
	Albumin	36,5±3,3	38,9±4,7	< 0,05
	Prealbumin	20,2±3,5	23,0±4,6	< 0,05
	Cân nặng	44,0±5,3	45,2±5,2	< 0,05
Suy dinh dưỡng nhẹ (BMI ≤17 < 18,4)	Protein	66,7±8,1	70,5±8,4	< 0,05
	Albumin	36,7±6,6	39,3±6,2	< 0,05
	Prealbumin	19,9±5,3	23,3±5,1	< 0,05
	Cân nặng	44,7±4,9	45,9±4,6	< 0,05

Kết quả người bệnh trước mổ góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng bằng việc tăng cân, tăng Albumin và Protein.



Bảng 4. Kết quả can thiệp dinh dưỡng theo đường nuôi

Can thiệp dinh dưỡng	Chỉ số xét nghiệm máu	Trước can thiệp	Sau can thiệp	P
Nuôi đường tĩnh mạch	Protein	66,7±7,7	67,3±8,5	< 0,05
	Albumin	34,5±3,9	34,5±5,7	> 0,05
	Prealbumin	17,0±6,1	19,9±6,6	< 0,05
	Cân nặng	43,5±7,8	43,4±7,7	> 0,05
Nuôi phối hợp đường ruột và tĩnh mạch	Protein	66,4±6,2	71,4±6,5	< 0,05
	Albumin	36,5±5,8	40,0±5,0	< 0,05
	Prealbumin	20,7±3,9	23,9±4,3	< 0,05
	Cân nặng	43,2±4,6	44,7±4,7	< 0,05

Kết quả người bệnh nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch thì các chỉ số dinh dưỡng sau nuôi dưỡng không tăng, hiệu quả nuôi dưỡng không có kết quả.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật của người bệnh

Người bệnh	Biến chứng phẫu thuật				Thời gian nằm viện sau phẫu thuật
	Không biến chứng	Nhiễm trùng vết mổ bụng, cổ	Suy hô hấp, viêm phổi, rò miệng nối cổ	Chảy máu	
Nuôi đường tĩnh mạch hoàn toàn	11	1	0	1	12,1±2,8
Nuôi phối hợp đường ruột và tĩnh mạch	28	6	2	1	12,1±7,6
Tổng	39(78%)	7(14%)	2(4,0%)	2(4,0%)	12,1 ± 6,7

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 12,1 ± 6,7 ngày là do những người bệnh sau mổ cắt thực quản có thời gian nằm viện lâu hơn phẫu thuật khác.

4. BÀN LUẬN

Suy dinh dưỡng làm suy giảm chức năng của hầu hết các cơ quan trong cơ thể, làm ảnh hưởng đến chức năng tâm thần, chức năng cơ, làm suy giảm chức năng của thận, tim mạch, tiêu hóa, hô hấp, đặc biệt suy dinh dưỡng làm suy giảm khả năng miễn dịch của cơ thể, làm chậm lành vết thương. Nghiên cứu của chúng tôi với thời gian nuôi dưỡng trước mổ trung bình 9,1 ngày, thời gian nằm viện trung bình sau mổ ở nhóm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoàn toàn là 12,1±2,8 ngày, tương tự so với nhóm nuôi dưỡng kết hợp đường tĩnh mạch và đường ruột là 12,1±7,6 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm nuôi dưỡng phối hợp đường tĩnh mạch và đường ruột

là 24,3% (9/37) bao gồm: nhiễm trùng vết mổ 16,2% (6/37), chảy máu sau mổ 2% (1/37), viêm phổi, rò miệng nối 4%. Còn nhóm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoàn toàn có 15,4% (2/13) trường hợp biến chứng. Nghiên cứu của Toshimasa [9] trên 40 bệnh nhân phẫu thuật ung thư trong ổ bụng được nuôi dưỡng miệng 5 ngày trước mổ thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ là 35% trong đó nhiễm trùng vết mổ 5%, viêm phổi nhẹ 7,5%, rò miệng nối tụy 10%, rò nước tiêu 2,5%. Nghiên cứu của Lưu Ngân Tâm [2] trên 104 bệnh nhân phẫu thuật bụng thấy 75% người bệnh suy dinh dưỡng có biến chứng nhiễm trùng sau mổ; 33,3% có biến chứng rò miệng nối, thời gian nằm viện trung bình sau mổ ở nhóm suy dinh dưỡng là 22,8 ngày. Như vậy để đánh giá hiệu quả của nuôi dưỡng trước mổ trong việc giảm biến chứng và tử vong sau mổ cần phải có các nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên nhưng với kết quả về thay đổi các chỉ số dinh dưỡng sau nuôi dưỡng chúng tôi cho rằng cần đánh giá người bệnh toàn diện trước mổ, đặc

biệt lưu ý tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật để xây dựng kế hoạch hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh suy dinh dưỡng, nhất là suy dinh dưỡng nặng.

Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh được đánh giá theo chỉ số khối cơ thể (BMI), BMI dưới 16 được xem là suy dinh dưỡng nặng, có nguy cơ tử vong cao, cân nặng tăng thì BMI tăng. Hiệu quả nuôi dưỡng trước mổ của chúng tôi thể hiện ở sự thay đổi cân nặng của bệnh nhân ở nhóm nuôi dưỡng phối hợp đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch: cân nặng trung bình trước nuôi dưỡng là 43,2kg tăng lên 44,7kg sau nuôi dưỡng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Còn nhóm nuôi dưỡng trước mổ hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch cân nặng trung bình trước nuôi dưỡng và sau nuôi dưỡng không có sự thay đổi. Nghiên cứu của Pawel [6] trên 54 bệnh nhân ung thư tiêu hóa, được nuôi dưỡng trước mổ trong 14 ngày bằng uống 200 ml Nutridrink Protein (chứa 20 gr protein, năng lượng 1,5 kcal/ml) có kết quả: cân nặng trung bình tăng từ 68 kg lên 70 kg, albumin tăng từ 38 gr/l lên 39 gr/l, protein toàn phần tăng từ 70 gr/l lên 72 gr/l. Theo J Boldt nồng độ albumin huyết thanh trước mổ không chỉ dùng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, độ nặng của bệnh mà còn là yếu tố có ý nghĩa tiên lượng biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Nếu nồng độ albumin huyết thanh càng giảm thì nguy cơ biến chứng nguy cơ tử vong càng tăng sau phẫu thuật [7]. Nhóm nuôi dưỡng phối hợp đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch của chúng tôi có tất cả các chỉ số dinh dưỡng tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê trong khi nhóm nuôi dưỡng đơn thuần đường tĩnh mạch chỉ có Prealbumin tăng có ý nghĩa thống kê. Prealbumin huyết thanh là protein có thời gian bán hủy ngắn (48h), có giá trị đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng và là thông số thay đổi sớm nhất trong việc theo dõi hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh. Prealbumin huyết thanh giảm chỉ sau 3 ngày nếu cung cấp dinh dưỡng không đủ nhu cầu tăng 1mg/ngày khi chất dinh dưỡng được cung cấp đủ theo nhu cầu. Tuy nhiên, Prealbumin huyết thanh cũng có thể bị ảnh hưởng bởi bệnh lý suy thận cấp hay mãn tính [7]. Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa trên nhiều chỉ số dinh dưỡng là cần thiết và chính xác, giúp đề ra kế hoạch hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời cho người bệnh.

Về kỹ thuật nuôi dưỡng, dinh dưỡng qua đường tiêu hóa là phương pháp hỗ trợ tốt nhất do phù hợp với sinh lý, ít biến chứng, niêm mạc ruột được bảo

tồn, duy trì được chức năng ruột, ít bị thủng loét vi khuẩn. Một nghiên cứu có phân nhóm so sánh 395 bệnh nhân suy dinh dưỡng trước phẫu thuật bụng, được nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch 10 ngày (trước mổ 7 ngày và sau mổ 3 ngày) thấy không có khác biệt về tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ. Tuy nhiên nếu phân tích các nhóm có cùng mức độ suy dinh dưỡng thì thấy nhóm suy dinh dưỡng nặng mà được nuôi trước mổ thì có ít biến chứng sau mổ hơn. Nghiên cứu của chúng tôi có 26% bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch, 74% được nuôi dưỡng phối hợp đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch. Ngay cả khi người bệnh ăn được bằng đường miệng nhưng thường không ăn được đủ nhu cầu năng lượng và các chất dinh dưỡng nên cần hỗ trợ dinh dưỡng thêm bằng đường tĩnh mạch (chủ yếu ngoại vi). Những người bệnh ăn đường miệng được ít dưới 50% năng lượng sẽ được đặt sonde dạ dày hoặc sonde hồng tràng để nuôi ăn. Thời gian nuôi dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi từ 5 ngày đến 27 ngày (trung bình 9,1 ngày). Theo nghiên cứu của Hary Salinat [8] trên 56 bệnh nhân viêm loét đại tràng được nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch trước mổ có thời gian nuôi dưỡng ít nhất là 7 ngày. Quyết định nuôi dưỡng được hội chẩn giữa bác sĩ nội tiêu hóa, bác sĩ dinh dưỡng và phẫu thuật viên, dựa trên đánh giá về tỷ lệ sút cân/cân nặng hàng ngày, tình trạng dinh dưỡng (BMI, prealbumin, albumin). Nhóm nuôi dưỡng trước mổ tiếp tục được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch sau mổ cho tới khi ăn uống được bằng đường miệng. Nghiên cứu của Von Meyenfeldt [10] trên 101 bệnh nhân ung thư dạ dày, đại trực tràng có thời gian nuôi dưỡng trước mổ là 10 ngày (nuôi kết hợp đường miệng và đường ống thông dạ dày, ruột). Chúng tôi cung cấp năng lượng trung bình 1501 Kcal/ ngày thì bệnh nhân tăng được 0,8 gr. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Toshimasa [10]: nếu bệnh nhân được cung cấp < 1000 kcal/ngày thì tăng cân trung bình 0,14 kg; nếu cung cấp 1000 – 1500 kcal/ngày thì tăng cân 0,35 kg; cung cấp > 1500 kcal/ngày tăng 0,8 kg.

Hạn chế nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ 50 bệnh nhân nên khó để nói lên hiệu quả theo từng loại bệnh và chia nhóm để so sánh. Cần tiến hành những nghiên cứu so sánh tiếp theo với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá hiệu quả của nuôi dưỡng trước mổ trong việc giảm tỷ lệ tai biến và biến chứng sau mổ.



5. KẾT LUẬN

Can thiệp dinh dưỡng người bệnh trước phẫu thuật cho người bệnh suy dinh dưỡng bước đầu cho thấy phương pháp khả thi, an toàn và có hiệu quả trong việc cải thiện các chỉ số dinh dưỡng như BMI, protein máu, albumin máu, prealbumin máu. Nuôi dưỡng kết hợp đường ruột và đường tĩnh mạch có kết quả tốt hơn nuôi đường tĩnh mạch hoàn toàn. Kết quả nuôi dưỡng người bệnh trước phẫu thuật nhấn mạnh tầm quan trọng của đánh giá tình trạng dinh dưỡng và can thiệp những trường hợp suy dinh dưỡng. Cần tiến hành những nghiên cứu so sánh tiếp theo để đánh giá hiệu quả của nuôi dưỡng trước phẫu thuật trong việc giảm tỷ lệ tai biến và biến chứng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] UNICEF VDD, Tình hình dinh dưỡng Việt Nam năm 2009-2010, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2011
- [2] Lưu Ngân Tâm, Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan mật tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Y học Thực hành, 2011.
- [3] Messner RL, Stephens N, Wheeler WE et al., Effect of admission nutritional status on length of hospital stay; Gastroenterol Nurs, 13(4), 1991, 202-205.
- [4] Norman K, Pichard C, Lochs H et al., Prognostic impact of disease-related malnutrition, Clin Nutr, 27(1), 2008, 5-15.
- [5] Boldt J, Use of albumin: an update; Br J Anaesth, 104(3), 2010, 276-284.
- [6] Kabata P, Jastrzebski T, Kakol M et al., Preoperative nutritional support in cancer patients with no clinical signs of malnutrition-prospective randomized controlled trial; Support Care Cancer, 23(2), 2015,365-370.
- [7] Gibbs J, Cull W, Henderson W et al., Preoperative serum albumin level as a predictor of operative mortality and morbidity: results from the National VA Surgical Risk Study. Arch Surg, 134(1), 1999, 36-42.
- [8] Salinas H, Dursun A, Konstantinidis I et al., Does preoperative total parenteral nutrition in patients with ulcerative colitis produce better outcomes; Int J Colorectal Dis, 27(11), 2012,1479-1483.
- [9] Von Meyenfeldt MF, Meijerink WJ et al., Perioperative nutritional support: a randomised clinical trial. Clin Nutr, 11(4), 1992, 180-186.
- [10] Tsujinaka T, Hirao M, Fujitani K et al., Effect of preoperative immunonutrition on body composition in patients undergoing abdominal cancer surgery; Surg Today, 37(2), 2007,118-121.
- [11] Miller KR, MD, Paul E, Taylor et al., An Evidence-Based Approach to Perioperative Nutrition Support in the Elective Surgery Patient; Surgical nutrition Summit Report, JPEN 2013
- [12] McWhirter JP, Pennington CR, Incidence and recognition of malnutrition in hospital; BMJ 1994, 308(6934):945-948