Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.11, 191-195

NUTRITIONAL STATUS AND EFFECTIVENESS OF PREOPERATIVE MALTODEXTRIN LOADING IN PATIENTS UNDERGOING SINONASAL AND TONSIL SURGERY AT BAC THANG LONG HOSPITAL, IN 2025

Hoang Thi Hai Yen[1]*, Nguyen Thi Huong Lan[2,3], Vu Thanh Chung[1], Dao Thi Ninh[1], Nguyen Hai Linh[1], Nguyen Thi Dinh[1]

[1]*Bac Thang Long Hospital - Group 18, Thu Lam commune, Hanoi, Vietnam*
[2]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*
[3]*Saint Paul General Hospital - 12 Chu Van An, Ba Dinh ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 15/06/2026
Reviced: 21/08/2026; Accepted: 19/11/2026

ABSTRACT

Objective: To assess the nutritional status and evaluate the effectiveness of preoperative maltodextrin loading in patients undergoing sinonasal surgery or tonsillectomy at Bac Thang Long Hospital in 2025.

Methods: A randomized controlled trial was conducted on 54 patients undergoing sinonasal surgery or tonsillectomy at Bac Thang Long Hospital between March and October 2025. Patients were randomly allocated to an intervention group and a control group, with 27 patients in each group.

Results: The mean BMI of the study participants was 22.6 ± 2.7 kg/m^2 (17.6-29.7 kg/m^2). The proportions of patients with normal nutritional status, overweight, and obesity were 51.9%, 25.9%, and 14.8%, respectively. According to the SGA, 90.7% of patients were well nourished and not at nutritional risk, whereas 9.3% (5 patients) were classified as having moderate nutritional risk. Subjective symptoms, including hunger, thirst, and dry mouth, were significantly improved both before and after surgery in patients receiving preoperative carbohydrate loading ($p < 0.05$). Among patients who received carbohydrate loading, the mean blood glucose levels before intake and 2 hours after intake were 5.23 ± 0.75 mmol/l (range: 3.90-7.17 mmol/l) and 5.05 ± 0.75 mmol/l (range: 3.88-6.79 mmol/l), respectively ($p > 0.05$).

Conclusion: Preoperative maltodextrin loading was associated with significant improvements in subjective comfort, including reduced hunger, thirst, and dry mouth before and after surgery. The intervention did not result in significant alterations in blood glucose.

Keywords: Nutritional status, maltodextrin, preoperative carbohydrate, ERAS.

*Corresponding author
Email: haiyenqaz@gmail.com **Phone**: (+84) 989638094 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7154

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ HIỆU QUẢ LIỆU PHÁP UỐNG MALTODEXTRIN TRƯỚC PHẪU THUẬT MŨI XOANG, AMIDAN TẠI BỆNH VIỆN BẮC THĂNG LONG NĂM 2025

Hoàng Thị Hải Yến[1]*, Nguyễn Thị Hương Lan[2,3], Vũ Thành Chung[1], Đào Thị Ninh[1], Nguyễn Hải Linh[1], Nguyễn Thị Dinh[1]

[1]*Bệnh viện Bắc Thăng Long - Tổ 18, xã Thư Lâm, Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*
[3]*Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn - 12 Chu Văn An, phường Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 15/06/2026
Ngày chỉnh sửa: 21/08/2026; Ngày duyệt đăng: 19/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và hiệu quả liệu pháp uống maltodextrin trước phẫu thuật mũi xoang hoặc amidan tại Bệnh viện Bắc Thăng Long năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 54 người bệnh phẫu thuật mũi xoang hoặc amidan tại Bệnh viện Bắc Thăng Long từ tháng 3-10 năm 2025. Các bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, với 27 bệnh nhân mỗi nhóm.

Kết quả: BMI trung bình của người bệnh tham gia nghiên cứu là 22,6 ± 2,7 kg/m^2 (17,6-29,7 kg/m^2). Tỷ lệ người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường, thừa cân, béo phì lần lượt là 51,9%, 25,9% và 14,8%. Theo bộ công cụ SGA, 90,7% người bệnh không có nguy cơ về dinh dưỡng và 5 người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng mức độ vừa, chiếm 9,3%. Các cảm giác chủ quan, bao gồm đói, khát, khô miệng trước và sau phẫu thuật đều được cải thiện rõ rệt ở người bệnh sử dụng carbohydrat, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Với những người bệnh thực hiện uống carbohydrat trước phẫu thuật, giá trị trung bình đường máu trước và sau uống 2 giờ lần lượt là 5,23 ± 0,75 mmol/l (3,90-7,17 mmol/l) và 5,05 ± 0,75 mmol/l (3,88-6,79 mmol/l) (p > 0,05).

Kết luận: Các cảm giác chủ quan, bao gồm đói, khát, khô miệng trước và sau phẫu thuật đều được cải thiện rõ rệt ở người bệnh sử dụng carbohydrat. Không có sự biến động lớn về giá trị đường máu trên những người bệnh thực hiện liệu pháp carbohydrat.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, maltodextrin, carbohydrat trước phẫu thuật, ERAS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bổ sung carbohydrat đường uống trước phẫu thuật (pre-operative oral carbohydrate) là một trong những khuyến nghị dinh dưỡng chính, thuộc chương trình chăm sóc phẫu thuật đa phương thức ERAS (enhanced recovery after surgery) - tăng cường phục hồi sau phẫu thuật [1]. Quan điểm trước đây về việc nhịn ăn kéo dài trước phẫu thuật dẫn tới những tác động tiêu cực như tăng đường huyết trong phẫu thuật, kháng insulin, tăng nồng độ interleukin-6, giảm sức mạnh của cơ... [2].

Uống carbohydrat trước phẫu thuật có tỷ lệ xuất hiện biến chứng thấp hơn so với nhóm nhịn ăn thông thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 [3]. Đồng thời, giảm tình trạng đói, khát và lo âu ở người bệnh trước phẫu thuật [4]. Đặc biệt, giảm kháng insuline, giảm nguy cơ biến chứng nhiễm trùng, hạn chế khả năng mất cơ... [5]. Ngoài ra, ở những người bệnh uống carbohydrat trước phẫu thuật, thời gian nằm viện giảm và có xu hướng phục hồi chức năng đường tiêu hóa sớm hơn [6]. Tại Việt Nam, nghiên cứu đánh giá hiệu quả cho bệnh nhân uống dung dịch maltodextrin 12,5% trước gây mê phẫu thuật 2 giờ của Nguyễn Thị Ngọc Mai và cộng sự (2022) cũng cho thấy sự hài lòng ở nhóm uống carbohydrat trước phẫu thuật cao gấp 2,86 lần nhóm không uống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) [7].

Ngày 23/1/2024, Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn "Nhịn ăn uống và cung cấp carbohydrat trước phẫu thuật theo chương trình" theo Quyết định số 181/QĐ-BYT [8]. Ngày 30/9/2024, Ban Giám đốc Bệnh viện Bắc Thăng Long đã chính thức phê duyệt "Quy trình nhịn ăn và uống carbohydrat trước phẫu thuật chương trình". Khoa Tai Mũi Họng là một trong những đơn vị tiên phong trong bệnh viện áp dụng quy trình này. Tính đến thời điểm hiện nay, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của liệu pháp uống carbohydrat trước phẫu thuật trên người bệnh tại Bệnh viện Bắc Thăng Long. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Tình trạng dinh dưỡng và hiệu quả liệu pháp uống maltodextrin trước phẫu thuật mũi xoang, amidan tại Bệnh viện Bắc Thăng Long năm 2025" với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và hiệu quả liệu pháp uống maltodextrin trước phẫu thuật mũi xoang, amidan tại Bệnh viện Bắc Thăng Long năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên những người bệnh có chỉ định phẫu thuật mũi xoang hoặc amidan tại Khoa Tai

*Tác giả liên hệ
Email: haiyenqaz@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 989638094 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7154

Mũi Họng, Bệnh viện Bắc Thăng Long và đồng ý tham gia nghiên cứu từ tháng 3-9 năm 2025.

Lựa chọn những người bệnh phẫu thuật mũi xoang hoặc amidan từ 18-60 tuổi.

Loại trừ những người bệnh không đảm bảo được giờ uống dịch, có bệnh lý đái tháo đường, có nguy cơ mang thai, trào ngược dạ dày-thực quản, béo phì.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu kiểm định sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình:

$$n = 2\frac{\sigma^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

Trong đó: n là số người bệnh trong mỗi nhóm; $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96; $Z_{1-\beta}$ = 0,84; σ là độ lệch chuẩn và d là sự khác biệt giá trị trung bình giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu tham khảo từ giá trị trung bình của điểm cảm giác đói trước phẫu thuật theo nghiên cứu của Vũ Hoàng Oanh và cộng sự (2021) [9].

Từ công thức trên, tính được mỗi nhóm cần 24 người bệnh. Dự phòng 10% người bệnh bỏ cuộc. Vậy cỡ mẫu là 54 người bệnh, với 27 đối tượng mỗi nhóm nghiên cứu.

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện: chọn tất cả những người bệnh có chỉ định phẫu thuật theo chương trình tại Khoa Tai Mũi Họng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn. Chia ngẫu nhiên người bệnh vào 2 nhóm: nhóm can thiệp và nhóm chứng cho đến khi đủ 27 người bệnh mỗi nhóm.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin chung và tình trạng bệnh lý kèm theo được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu kết hợp hồ sơ bệnh án. Tình trạng dinh dưỡng được thu thập thông qua đo đạc các thông số nhân trắc học bao gồm cân nặng và chiều cao.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Làm sạch, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.

Phương pháp đánh giá:

- Tiêu chí đánh giá chỉ số khối cơ thể (body mass index - BMI).
- Phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan (subjective global assessment - SGA).
- Phương pháp đánh giá các cảm giác chủ quan (đau, đói, khát, khô miệng) trước và sau phẫu thuật bằng thang điểm visual analogue scale (VAS).

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học Bệnh viện Bắc Thăng Long phê duyệt và được Hội đồng nghiệm thu đề tài nghiên cứu khoa học, sáng kiến kinh nghiệm cấp cơ sở năm 2025 của Bệnh viện Bắc Thăng Long nghiệm thu.

Đối tượng tự nguyện tham gia sau khi được giải thích rõ về mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu. Thông tin thu thập trung thực, khách quan, được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Bắc Thăng Long cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến số		Chung (n = 54)	Nhóm can thiệp (n = 27)	Nhóm chứng (n=27)	p
Tuổi	$\bar{X}$ ± SD (năm)	39,7 ± 12,7	40,4 ± 13,4	39,1 ± 12,2	0,71*
	Min-max (năm)	19-60	19-60	20-60	
Giới tính	Nam	32 (59,3%)	15 (55,6%)	17 (63,0%)	0,58**
	Nữ	22 (40,7%)	12 (44,4%)	10 (37,0%)	
Mặt bệnh phẫu thuật	Cắt amidan	26 (48,1%)	16 (59,3%)	10 (37,0%)	0,10**
	Phẫu thuật mũi xoang	28 (51,9%)	11 (40,7%)	17 (63,0%)	

Ghi chú: *Kiểm định T-test; **Kiểm định Chi-Square test.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi, giới tính và mặt bệnh phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 39,7 ± 12,7, người bệnh nhỏ tuổi nhất là 19 tuổi. Giới tính nam chiếm ưu thế với 59,3%. Về mặt bệnh phẫu thuật, cắt amidan và phẫu thuật mũi xoang có tỷ lệ tương đương, lần lượt là 48,1% và 51,9%.

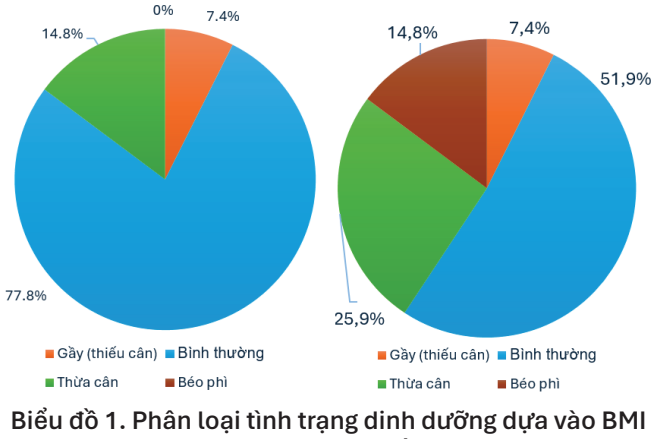
3.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Phân bố cân nặng, chiều cao, BMI của đối tượng nghiên cứu

Biến số		Chung (n = 54)	Nhóm can thiệp (n = 27)	Nhóm chứng (n = 27)	p
Cân nặng	$\bar{X}$ ± SD (kg)	59,4 ± 10,6	59,3 ± 11,3	59,5 ± 10,0	0,88*
	Min-max (kg)	43,2-86,3	43,2-85,9	45,1-86,3	
Chiều cao	$\bar{X}$ ± SD (cm)	161,7 ± 7,5	162,0 ± 8,6	161,5 ± 6,4	0,84**
	Min-max (cm)	145,7-176,5	147,8-176,5	145,7-174,5	
BMI	$\bar{X}$ ± SD (kg/m^2)	22,6 ± 2,7	22,5 ± 2,7	22,7 ± 2,7	0,74**
	Min-max (kg/m^2)	17,6-29,7	17,6-28,0	18,0-29,7	

Ghi chú: *Kiểm định Mann-Whitney test; **Kiểm định T-test.

Cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu là 59,4 ± 10,6 (kg), cân nặng lớn nhất là 86,3 kg. Chiều cao trung bình là 161,7 ± 7,5 (cm). BMI trung bình là 22,6 ± 2,7 (kg/m^2), trong đó BMI thấp nhất là 17,6 kg/m^2 và cao nhất là 29,7 kg/m^2. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cân nặng, chiều cao và BMI ở hai nhóm nghiên cứu.



Biểu đồ 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng dựa vào BMI tiêu chuẩn WHO khu vực châu Á - Thái Bình Dương

Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI theo tiêu chuẩn của WHO khu vực châu Á - Thái Bình Dương đều cho thấy có 7,4% đối tượng có tình trạng gầy (thiếu cân). Theo đó, tỷ lệ người bệnh có tình trạng thừa cân, béo phì theo tiêu chuẩn châu Á - Thái Bình Dương lần lượt là 25,9% và 14,8%, cao hơn hẳn so với tiêu chuẩn của WHO là 14,8% và 0%.

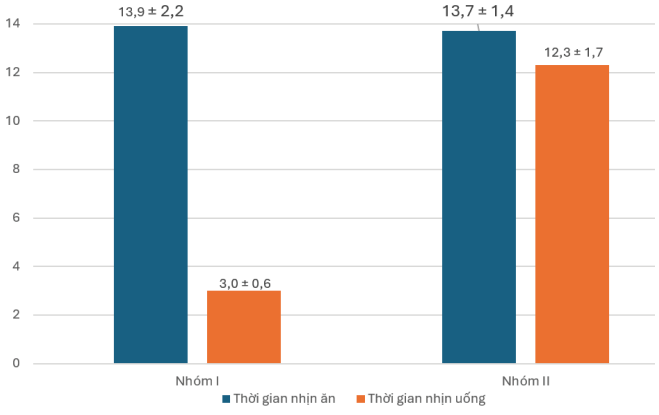
Bảng 3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo SGA

SGA	Chung (n = 54)	Nhóm can thiệp (n = 27)	Nhóm chứng (n = 27)	p
SGA-A	49 (90,7%)	24 (88,9%)	25 (92,6%)	1,0*
SGA-B	5 (9,3%)	3 (11,1%)	2 (7,4%)	

Ghi chú: *Kiểm định Fisher's Exact test.

Trong 54 đối tượng nghiên cứu, 49 người bệnh (90,7%) chưa có nguy cơ suy dinh dưỡng (SGA-A); 5 người bệnh (9,3%) có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ vừa (SGA-B), trong đó 3 người bệnh thuộc nhóm can thiệp, chiếm 11,1% và 2 người bệnh ở nhóm chứng, chiếm 7,4%. Sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng giữa hai nhóm can thiệp và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê.

3.3. Hiệu quả sử dụng carbohydrat trước phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 2. So sánh thời gian nhịn ăn và nhịn uống của hai nhóm

Ghi chú: Nhóm I là nhóm can thiệp, nhóm II là nhóm chứng; thời gian nhịn ăn và nhịn uống tính bằng giờ.

Thời gian nhịn ăn trung bình của nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 13,9 ± 2,2 (giờ) và 13,7 ± 1,4 (giờ), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian nhịn uống trung bình của nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 3,0 ± 0,6 (giờ) và 12,3 ± 1,7 (giờ). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,00.

Bảng 4. So sánh sự thay đổi cảm giác đau, đói, khát, khô miệng trước và sau uống carbohydrat 2 giờ

Biến số		Nhóm can thiệp (điểm)	Nhóm chứng (điểm)	p
Trước phẫu thuật	Đói	0,33 ± 0,56	0,81 ± 0,92	0,04**
	Khát	0,44 ± 0,64	1,04 ± 1,09	0,045**
	Khô miệng	0,59 ± 0,75	0,89 ± 1,05	0,37**
Sau phẫu thuật	Đau	0,81 ± 1,18	1,48 ± 1,22	0,01**
	Đói	0,44 ± 0,51	1,26 ± 1,26	0,01**
	Khát	0,59 ± 0,75	1,26 ± 1,13	0,01**
	Khô miệng	0,67 ± 0,68	1,33 ± 1,21	0,03**

Ghi chú: **Kiểm định Mann-whitney test.

Thời điểm trước phẫu thuật, điểm trung bình cảm giác đói, khát ở nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị p lần lượt là 0,04 và 0,045. Tuy nhiên, sự khác biệt về cảm giác khô miệng trước phẫu thuật ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với p = 0,37.

Thời điểm sau phẫu thuật, mức độ đau, đói, khát, khô miệng ở nhóm can thiệp thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng và đều có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là: 0,01; 0,01; 0,01; 0,03.

Bảng 5. So sánh sự thay đổi đường huyết trước và sau khi uống 2 giờ của nhóm can thiệp

Giá trị đường huyết	Trước uống	Sau uống 2 giờ	p
$\bar{X}$ ± SD (mmol/l)	5,23 ± 0,75	5,05 ± 0,75	0,18*
Min-Max (mmol/l)	3,90-7,17	3,88-6,79	

Ghi chú: *Kiểm định Wilconxon test.

Đối với những người bệnh trong nhóm can thiệp, giá trị đường huyết trước và sau uống 2 giờ lần lượt là 5,23 ± 0,75 (mmol/l) và 5,05 ± 0,75 (mmol/l). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,18. Sau uống 2 giờ, người bệnh có giá trị đường huyết cao nhất là 6,79 mmol/l, không ghi nhận giá trị đường huyết nào trên 10 mmol/l.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên trên 54 người bệnh phẫu thuật mũi xoang hoặc amidan tại Bệnh viện Bắc Thăng Long từ tháng 3-9 năm 2025, với 27 người bệnh mỗi nhóm. Với mỗi người bệnh trong nhóm can thiệp, cho uống 400 ml khẩu phần carbohydrat 12,5% vào tối trước ngày phẫu thuật, từ sau ăn tối cho đến khi đi ngủ. Sau đó, vào ngày phẫu thuật uống 200 ml khẩu phần carbohydrat vào lúc 6 giờ sáng. Với người bệnh trong nhóm chứng, tiến hành theo quy trình nhịn ăn thường quy: nhịn đói hoàn toàn từ 22 giờ đêm ngày hôm trước cho đến thời điểm phẫu thuật.

Trước đây, các quy trình phẫu thuật đều áp dụng nguyên tắc nhịn đói hoàn toàn từ đêm hôm trước ở tất cả các bệnh nhân, nhằm tránh các biến chứng hít sặc phải và giảm nguy cơ trào ngược. Tuy nhiên, không có bằng chứng nào cho thấy những người bệnh được uống chất lỏng trong suốt 2 giờ trước phẫu thuật theo chương trình sẽ có nguy cơ hít sặc hoặc trào ngược cao hơn những người bệnh phải nhịn ăn trong 12 giờ theo thông thường hoặc lâu hơn [10]. Việc nhịn ăn kéo dài không những gây ra cảm giác khó chịu như khát nước, lo lắng, mệt mỏi và buồn nôn sau phẫu thuật mà còn có thể dẫn đến các biến chứng hậu phẫu nghiêm trọng. Hiện nay, khuyến cáo nhịn ăn trước phẫu thuật của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ năm 2017 đối với các dịch trong (bao gồm nước, nước đường, nước trái cây không tép cặn, nước trà trong, cà phê đen) là 2 giờ trước gây mê [11].

Theo kết quả nghiên cứu, các bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu khá tương đồng về độ tuổi, giới tính và mặt bệnh phẫu thuật, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Về tình trạng dinh dưỡng, các chỉ số cân nặng, chiều cao, BMI khá tương đồng với các nghiên cứu tương tự gần đây như nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà Thu thực hiện tại Bệnh viện Bưu Điện (2023) [12], nghiên cứu của Trần Đoàn Huy (2022) [13], Vũ Hoàng Oanh và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (2021) [9], Phạm Gia Anh và cộng sự tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (2024) [14]. Đồng thời, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu về các chỉ số cân nặng, chiều cao, BMI trung bình với p > 0,05. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành phân loại BMI theo cả hai tiêu chuẩn, nhằm đánh giá chính xác tình trạng dinh dưỡng người bệnh, đồng thời, vẫn phù hợp với đặc điểm của quần thể nghiên cứu tại Việt Nam thuộc châu Á. Theo ngưỡng phân loại của WHO, 77,8% đối tượng có tình trạng dinh dưỡng bình thường, tỷ lệ thừa cân, béo phì lần lượt là 14,8% và 0%. Tuy nhiên, theo tiêu chuẩn châu Á, tỷ lệ người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường, thừa cân, béo phì lần lượt là 51,9%, 25,9% và 14,8%. Ngoài ra, theo kết quả đánh giá nguy cơ dinh dưỡng của người bệnh theo bộ công cụ SGA, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng dinh dưỡng của hai nhóm nghiên cứu, tương đồng với kết quả của các tác giả nêu trên.

Có sự khác biệt rõ rệt về thời gian nhịn uống của nhóm chứng và nhóm can thiệp và sự khác biệt này có ý nghĩa

thống kê với p < 0,05. Thời gian nhịn uống của nhóm can thiệp và nhóm chứng trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 3,0 ± 0,6 giờ và 12,3 ± 1,7 giờ, khá tương đồng với nghiên cứu của Vũ Hoàng Oanh và cộng sự (2,95 ± 0,7 giờ và 13,4 ± 3,4 giờ) [9]; Tạ Minh Hiền và cộng sự (3,01 ± 0,71 giờ và 12,97 ± 3,44 giờ) [15].

Về hiệu quả của bổ sung carbohydrat đường uống trước phẫu thuật, chúng tôi đánh giá bằng thang điểm VAS, với 6 mức độ, tương đương với số điểm tăng dần từ 0 đến 5 để đánh giá mức độ đau, đói, khát, khô miệng của người bệnh tham gia nghiên cứu. Kết quả chỉ ra rằng, các cảm giác chủ quan bao gồm đói, khát, khô miệng được cải thiện rõ rệt trước và sau khi uống dung dịch carbohydrat. Đồng thời, việc nhịn ăn kéo dài qua đêm khiến bệnh nhân nhiều cảm giác đói, khát, khô miệng trước và sau phẫu thuật hơn nhóm can thiệp. Với những người bệnh tham gia uống carbohydrat, sự thay đổi đường huyết và giá trị điện giải là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê. Đồng thời, không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào có giá trị đường huyết sau uống vượt quá ngưỡng cho phép.

5. KẾT LUẬN

Việc sử dụng dung dịch carbohydrat 12,5% đêm trước ngày phẫu thuật và 2-4 giờ trước phẫu thuật là an toàn và giúp cải thiện các cảm giác chủ quan bao gồm đói, khát, khô miệng trước và sau phẫu thuật ở người bệnh.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Weimann A, Marco Braga M et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. ESPEN guideline, 2021, 40 (7): 4745-4761. https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(21)00178-3/fulltext

[2] Rüggeberg A, Meybohm P, Nickel E.A. Preoperative fasting and the risk of pulmonary aspiration - a narrative review of historical concepts, physiological effects, and new perspectives. BJA Open, 2024, 10: 100282. doi: 10.1016/j.bjao.2024.100282

[3] Rizvanović N, Nesek Adam V et al. Effects of preoperative oral carbohydrate loading on neutrophil/lymphocyte ratio and postoperative complications following colorectal cancer surgery: a randomized controlled study. Eur Surg Res, 2023, 64 (2): 278-285. doi: 10.1159/000530124

[4] Qi L, Wu Y et al. A clinical study of preoperative carbohydrate administration to improve insulin resistance in patients with multiple injuries. Ann Palliat Med, 2020, 9 (5): 5. doi: 10.21037/apm-20-1424

[5] Soop M, Nygren J et al. Preoperative oral carbohydrate treatment attenuates immediate postoperative insulin resistance. Am J Physiol-Endocrinol Metab, 2001, 280 (4): E576-E583. doi: 10.1152/ajpendo.2001.280.4.E576

[6] Ljungqvist O, Nygren J et al. Preoperative nutrition - elective surgery in the fed or the overnight fasted state. Clin Nutr, 2001, 20: 167-171. doi: 10.1054/clnu.2001.0462

[7] Nguyễn Thị Ngọc Mai và cộng sự. Đánh giá hiệu quả cho người bệnh uống dung dịch maltodextrin 12,5% trước gây mê phẫu thuật 2 giờ. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 2022, 17 (số HNKH điều dưỡng BVTƯQĐ 108): 46-52. doi:10.52389/ydls.v17iDB8.1299

[8] Bộ Y tế. Quyết định số 181/QĐ-BYT, ngày 23 tháng 01 năm 2024, về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn nhịn ăn uống và cung cấp carbohydrate trước phẫu thuật chương trình".

[9] Vũ Hoàng Oanh, Dương Thị Phượng, Lê Thị Hương. Hiệu quả của dung dịch maltodextrin 12,5% đường uống 2-4 giờ trước phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021, 146 (10): 11-19.

[10] Brady M, Kinn S, Stuart P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. Cochrane Database Syst Rev, 2003 (4): CD004423. doi: 10.1002/14651858.CD004423.

[11] Mark Warner et al. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures - An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. Anesthesiology, 2017, 126 (3): 376-393. doi: 10.1097/ALN.0000000000001452

[12] Nguyễn Thị Hà Thu. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng theo chiến lược ERAS trên người bệnh phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Bưu Điện. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2023.

[13] Trần Đoàn Huy, Nguyễn Toàn Thắng. Ảnh hưởng của uống dung dịch carbohydrat trước phẫu thuật đến tồn dư dịch dạ dày, đường máu và nôn - buồn nôn sau phẫu thuật lồng ngực. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 2023, 18 (1): 106-110. doi: 10.52389/ydls.v18i1.1621

[14] Phạm Gia Anh và cộng sự. Kết quả bước đầu triển khai liệu pháp carbohydrat trước phẫu thuật tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 535 (1): 31-35. doi: 10.51298/vmj.v535i1.8339

[15] Tạ Minh Hiền, Nguyễn Thị Thúy Ngân, Bùi Thị Hạnh, Vu Van Trinh. Tác dụng của dịch trong kèm carbohydrat uống trước phẫu thuật tiêu hóa trên nội môi và làm rỗng dạ dày. Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam, 2023, 13 (2): 44-48.