

Đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa sau phẫu thuật ung thư trực tràng

Nguyễn Văn Hiếu, Lê Văn Quảng*, Trịnh Lê Huy, Trần Trung Bách

Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài 25/12/2016, ngày chuyển phản biện 30/12/2016, ngày nhận phản biện 20/2/2017, ngày chấp nhận đăng 6/3/2017

Tóm tắt:

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa sau phẫu thuật ung thư trực tràng (UTTT). Nghiên cứu được tiến hành trên 60 bệnh nhân UTTT được phẫu thuật có làm hậu môn nhân tạo, chia làm hai nhóm: 30 bệnh nhân được can thiệp dinh dưỡng sớm và 30 bệnh nhân thuộc nhóm chứng. Kết quả cho thấy, có 83,3% số bệnh nhân dung nạp tốt; thời gian trung tiện của nhóm can thiệp nhanh hơn nhóm chứng (2,4 ngày so với 3,1 ngày); thời gian nằm viện của nhóm can thiệp ngắn hơn nhóm chứng (12,9 ngày so với 14,8 ngày); nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa làm giảm chi phí so với nuôi dưỡng tĩnh mạch (220.000 đồng/ngày so với 366.000 đồng/ngày). Như vậy có thể khẳng định, nuôi dưỡng sớm bằng đường tiêu hóa cho các bệnh nhân sau mổ UTTT là một phương pháp an toàn, hiệu quả, tiết kiệm chi phí hơn so với nuôi dưỡng đường tĩnh mạch truyền thống.

Từ khóa: Nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa sau mổ, ung thư trực tràng.

Chỉ số phân loại: 3.2

Evaluation on the efficacy of post-op early enteral nutrition in rectal cancer patients

Van Hieu Nguyen, Van Quang Le*, Le Huy Trinh, Trung Bach Tran

Department of Oncology, Hanoi Medical University

Received 25 December 2016; accepted 6 March 2017

Abstract:

Patients and methods: 60 rectal cancer patients who had been gone through the rectum amputation surgery (Miles or Hartmann procedure) were randomized into 2 groups: post-op early enteral nutrition or post-op parenteral nutrition. **Result:** good tolerance rate was 83.3%. Gas passing time of the early enteral nutrition group was shorter than the remaining (2.4 days vs 3.1 days), so were the hospitalization stay (12.9 days vs 14.8 days) and hospitalization cost (220,000 VND/day vs 366,000 VND/day). **Conclusions:** post-op early enteral nutrition in rectal cancer patients is safe, efficacy, and economic in comparison to conventional parenteral infusion.

Keywords: Post-op early enteral nutrition, rectal cancer.

Classification number: 3.2

Đặt vấn đề

Theo GLOCOBAL 2012, ung thư đại trực tràng đứng thứ 2 trong các loại ung thư ở cả 2 giới [1]. Ở Việt Nam, UTTT đứng hàng thứ 5 sau ung thư phế quản, dạ dày, gan, vú ở nữ.

Ngày nay, các phương pháp điều trị nói chung và phẫu thuật UTTT nói riêng tại Việt Nam đã có rất nhiều tiến bộ. Trong khi đó, vấn đề chăm sóc và dinh dưỡng cho bệnh nhân

sau mổ chưa có nhiều thay đổi. Dinh dưỡng thông thường cho bệnh nhân sau mổ ở Việt Nam vẫn là truyền dịch qua đường tĩnh mạch và cho ăn qua đường miệng muộn. Các dữ liệu thử nghiệm cả trên người và động vật đều cho thấy, sự bổ sung dinh dưỡng sớm bằng đường tiêu hóa trong giai đoạn sau mổ không những cải thiện sự lành vết thương, chức năng cơ và làm giảm nhiễm trùng mà còn giúp cho việc hồi phục nhu động đường

tiêu hóa sau mổ và duy trì tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phải trải qua phẫu thuật tiêu hóa [1-6].

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về hiệu quả của phương pháp nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa với bệnh nhân sau phẫu thuật, đặc biệt phẫu thuật UTTT là một phẫu thuật lớn với nhiều nguy cơ cả trong và sau mổ. Nhằm cải thiện việc chăm sóc cho bệnh nhân sau mổ UTTT, các tác giả thực hiện nghiên

*Tác giả liên hệ: Email: quanglevan72@yahoo.com

cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa sau phẫu thuật UTTT.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 60 bệnh nhân UTTT được phẫu thuật cắt cụt trực tràng tại Bệnh viện K.

Phương pháp nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng có đối chứng: Bệnh nhân được chia làm hai nhóm: 30 bệnh nhân nhóm can thiệp và 30 bệnh nhân nhóm chứng. Cả hai nhóm được đánh giá về thể trạng theo BMI và các xét nghiệm sinh hóa máu trước khi can thiệp. Sau đó sẽ tiến hành can thiệp:

Nhóm nuôi dưỡng đường tiêu hóa sau mổ:

- Ngay sau mổ: Truyền nước và điện giải khoảng 2.500 ml dịch.

- Sau mổ ngày 1 (24 h sau phẫu thuật): Nuôi dưỡng bằng dung dịch nutrison 350 ml/ngày, tốc độ 50 giọt/phút qua sonde dạ dày chia 3 lần.

- Sau mổ ngày 2 (48 h): Nuôi dưỡng bằng dung dịch nutrison 500 ml/ngày, tốc độ 50 giọt/phút qua sonde dạ dày chia 3 lần.

- Sau mổ ngày 3: Nuôi dưỡng bằng dung dịch nutrison 1.000 ml/ngày, tốc độ 50 giọt/phút qua sonde dạ dày chia 6 lần.

- Sau mổ ngày 4: Nuôi dưỡng bằng dung dịch nutrison 1.000 ml/ngày, tốc độ 50 giọt/phút chia 6 lần hoặc trực tiếp nếu bệnh nhân tự ăn được.

- Sau mổ ngày 5: Cho ăn qua đường miệng dung dịch nutrison 1.000 ml.

Nhóm chứng: Được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch theo thường quy.

Đánh giá kết quả hai nhóm về các mặt:

- Dung nạp: Buồn nôn, nôn, trào ngược, chướng hơi, tiêu chảy.

- Biến chứng sau mổ: Chảy máu sau mổ, dò miệng nối, nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi, đái khó, biến chứng khác.

- Thời gian có trung tiện, thời gian nằm viện sau mổ (ngày).

- Ghi nhận sự thay đổi về cân nặng, các chỉ số sinh hóa sau can thiệp.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Kiểm định mối tương quan giữa các định lượng bằng kiểm định chi bình phương, $p < 0,05$ được

coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức trong nghiên cứu: Bệnh nhân được giải thích rõ lợi ích, nguy cơ khi tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân có quyền rút khỏi nghiên cứu. Đề tài đã thông qua Hội đồng Y đức của Bệnh viện K và Bệnh viện Bạch Mai.

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm nhân trắc của 2 nhóm tại thời điểm trước phẫu thuật (bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc, xét nghiệm của hai nhóm tại thời điểm trước phẫu thuật.

Các chỉ tiêu	Nhóm chứng	Nhóm can thiệp	P
Cân nặng trước mổ	51,33±5,83	53,13±8,54	>0,05
Chiều cao	1,62±0,50	1,60±0,67	>0,05
Các XN trước phẫu thuật			
Số lượng hồng cầu	4,43±0,70	4,42±0,52	>0,05
Hemoglobin	126,97±17,33	127,57±16,71	>0,05
Nồng độ glucose	5,46±1,54	5,25±1,57	>0,05
Protein toàn phần	72,31±4,25	72,15±3,60	>0,05
Albumin	41,01±4,75	40,68±3,54	>0,05
Tryglycerid	1,7±0,6	1,65±0,45	>0,05
Cholesterolon	4,8±1,2	4,9±1,1	>0,05

Bảng 2. Phân bố thời gian nuôi dưỡng đường ruột.

Thời điểm nuôi dưỡng	Bệnh nhân	
	N (số bệnh nhân)	%
≤12	10	33,3
12-24	9	30
>24 h	11	36,7

Bảng 3. Khả năng dung nạp của nuôi dưỡng sớm bằng đường miệng.

Dung nạp	N	%
Buồn nôn	1	3,3
Nôn, trào ngược	2	6,7
Chướng hơi	2	6,7
Tiêu chảy	0	0
Dung nạp tốt	25	83,3

Bảng 4. Liên quan giữa thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng và khả năng dung nạp.

Thời điểm nuôi dưỡng	Dung nạp tốt	Dung nạp không tốt	P
≤12	10	0	<0,05
12-24	8	1	
>24 h	7	4	

Thời gian nuôi dưỡng và khả năng dung nạp của các bệnh nhân được nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa (bảng 2-5)

Biến đổi các chỉ tiêu dinh dưỡng sau phẫu thuật (bảng 6)

Thay đổi các chỉ tiêu sinh hóa, huyết học sau phẫu thuật (bảng 7)

Biến chứng ở hai nhóm (bảng 8, 9)

Thời gian có trung tiện và thời gian nằm viện của hai nhóm (bảng 10)

Chi phí nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật (bảng 11)

Bàn luận

Trọng lượng bệnh nhân giảm ở cả hai nhóm sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật. Trong đó, nhóm can thiệp giảm ít hơn nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Chúng tôi cũng tìm thấy kết luận tương tự trong y văn nghiên cứu của Fayez M. Saad [7]. Các bệnh nhân nhóm can thiệp được nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm có khả năng dung nạp tốt, đạt 83,3%.

Theo quan niệm kinh điển, các bệnh nhân phải chịu đựng phẫu thuật ổ bụng lớn không được cho ăn qua đường miệng sớm do lo ngại tình trạng chướng bụng, nôn, trào ngược và ruột non không có khả năng hấp thu các chất dinh dưỡng, do vậy gây hậu quả nặng nề thêm cho bệnh nhân. Trái với quan điểm này, ngày nay các nghiên cứu thấy rằng nuôi dưỡng đường tiêu hóa làm tăng dòng máu tới ruột, dự phòng teo niêm mạc và tuyến nhầy, tăng quá trình sử dụng các chất dinh dưỡng. Nhu động ruột hoạt động 6-8 h sau khi phẫu thuật và khả năng hấp thụ tồn tại ngay cả trong trường hợp không có nhu động ruột bình thường [7].

Bảng 5. Liên quan giữa lượng dịch tồn dư trong dạ dày và thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng.

Thời điểm nuôi dưỡng	Tồn dư sau 2 h	Tồn dư sau 24 h
≤ 12	30,3 $\pm$ 8,69	35,3 $\pm$ 8,1
12-24	50,78 $\pm$ 11,76	70,78 $\pm$ 18,82
>24 h	95 $\pm$ 20,06	147 $\pm$ 45,95

Bảng 6. Biến đổi các chỉ tiêu dinh dưỡng.

Các chỉ tiêu	Nhóm chứng	Nhóm can thiệp	P
Giảm cân nặng sau phẫu thuật	2,03 $\pm$ 1,00	1,50 $\pm$ 0,72	$>0,05$

Bảng 7. Thay đổi chỉ tiêu sinh hóa sau phẫu thuật.

Các chỉ tiêu	Nhóm chứng	Nhóm can thiệp	P
Số lượng hồng cầu	4,15 $\pm$ 0,57	4,17 $\pm$ 4,77	$>0,05$
Hemoglobin	117,53 $\pm$ 12,49	120,53 $\pm$ 14,57	$>0,05$
Nồng độ glucose	5,83 $\pm$ 0,79	5,84 $\pm$ 0,99	$>0,05$
Protein toàn phần	68,69 $\pm$ 3,69	67,60 $\pm$ 3,77	$>0,05$
Albumin	38,44 $\pm$ 4,22	38,89 $\pm$ 3,37	$>0,05$
Tryglycerid	1,8 $\pm$ 0,6	1,75 $\pm$ 0,45	$>0,05$
Cholesteron	4,9 $\pm$ 1,01	4,93 $\pm$ 1,12	$>0,05$

Bảng 8. Một số biến chứng của nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Biến chứng	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		P
	N	%	N	%	
Sốt	4	13,3	3	10	$>0,05$
Đái khó	2	6,7	3	10	
Nhiễm trùng vết mổ	2	6,7	1	3,3	
Nhiễm trùng tiết niệu	2	6,7	1	3,3	
Tắc ruột	0	0	0	0	
Viêm phổi	1	3,3	0	0	

Bảng 9. Liên quan giữa thời điểm nuôi dưỡng đường tiêu hóa và biến chứng của nhóm can thiệp.

Thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng	Có biến chứng		Không biến chứng		P
	N	%	N	%	
≤ 12	2	20	8	80	$>0,05$
12-24	3	33,3	6	66,7	
>24 h	2	18,2	9	81,8	

Bảng 10. Thời gian có trung tiện và thời gian nằm viện.

Các chỉ tiêu	Nhóm chứng	Nhóm can thiệp	P
Thời gian có trung tiện	3,1 $\pm$ 0,49	2,4 $\pm$ 0,42	$<0,05$
Thời gian nằm viện	14,83 $\pm$ 3,60	12,87 $\pm$ 2,56	$<0,05$

Bảng 11. Chi phí nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật.

Các chỉ tiêu	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng
Chi phí nuôi dưỡng/ngày	220.000 VND	366.000 VND

Nghiên cứu của chúng tôi còn thấy rằng, thời điểm nuôi dưỡng càng sớm thì khả năng dung nạp càng cao, nhóm được bắt đầu nuôi dưỡng sớm ≤ 12 h đều dung nạp tốt và không có trường hợp nào phải chuyển sang truyền tĩnh mạch. Nhóm bắt đầu nuôi dưỡng sớm từ 12-24 h sau phẫu

thuật có 1 trường hợp dung nạp kém và bị chướng hơi sau đó phải chuyển sang nuôi dưỡng tĩnh mạch, nhóm bắt đầu nuôi dưỡng từ >24 h có 4 trường hợp dung nạp kém, trong đó có 1 trường hợp buồn nôn, 2 trường hợp nôn và 1 trường hợp chướng hơi. Sự khác biệt giữa nhóm bắt đầu nuôi dưỡng sớm ≤ 12 h và nhóm bắt đầu nuôi dưỡng sớm >24 h sau phẫu thuật là có ý nghĩa thống kê. Nhận định này cũng được tác giả Nguyễn Như Lâm ghi nhận khi ông phân tích khả năng dung nạp tại các thời điểm nuôi dưỡng: trước 6 h, 7-12 h, 12-24 h trong nghiên cứu của mình [8].

Thay đổi nồng độ đường máu sau phẫu thuật: Nuôi dưỡng tĩnh mạch sẽ dẫn tới nguy cơ khó kiểm soát đường máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, có sự tăng đường máu ở cả hai nhóm sau phẫu thuật. Tuy nhiên, sự tăng đường máu của hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê nồng độ tryglycerid và cholesteron của các bệnh nhân sau phẫu thuật được nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa và nuôi dưỡng tĩnh mạch.

Chúng tôi ghi nhận nồng độ protein toàn phần và albumin giảm ở cả hai nhóm sau mổ so với trước mổ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ protein toàn phần ở nhóm can thiệp ($67,60 \pm 3,77$) và nhóm chứng ($68,69 \pm 3,69$). Nồng độ albumin sau mổ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm can thiệp ($38,89 \pm 3,37$) và nhóm chứng ($38,44 \pm 4,22$). Kết luận này cũng được Fayez ghi nhận khi làm nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân sau mổ ung thư đường tiêu hóa [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, cả hai nhóm đều có sự

sụt giảm số lượng hồng cầu và huyết sắc tố so với trước phẫu thuật. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê.

Nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa sau mổ giúp cho bệnh nhân giảm thiểu được các biến chứng của nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch, nhất là các biến chứng nhiễm trùng toàn thân nhờ hạn chế tính thấm lậu vi khuẩn, độc tố từ ruột vào máu, đồng thời giảm được đáng kể thời gian duy trì catheter tĩnh mạch trung tâm [9]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về tỷ lệ các biến chứng sau mổ (sốt, đái khó, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiết niệu). Sự khác biệt này cũng chưa được quan sát thấy trong các nghiên cứu của Fayez M. Saad [7]. Nghiên cứu này cũng không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc biến chứng liên quan với thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian có trung tiện ($2,40 \pm 0,42$ ngày) và thời gian nằm viện ($12,87 \pm 2,56$ ngày) của nhóm nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa ngắn hơn so với nhóm được nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch (thời gian có trung tiện là $3,1 \pm 0,49$ ngày; thời gian nằm viện là $14,83 \pm 3,6$ ngày). Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đây cũng là kết luận được đưa ra trong nghiên cứu của Nguyễn Như Lâm [8].

Việc nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm làm giảm chi phí nuôi dưỡng/ngày đáng kể so với nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (1 túi dung dịch Nutrison 1.000 ml giá 220.000 VNĐ so với tổng chi phí của 2 chai lipofundin 10% 250 ml, 1 chai aminoplasma 5% và 3 chai glucose 5% là 366.000 VNĐ).

Kết luận

Nuôi dưỡng sớm bằng đường tiêu hóa cho các bệnh nhân sau mổ UTTT là một phương pháp an toàn, tỷ lệ dung nạp 83,3% và mang lại nhiều hiệu quả: Rút ngắn thời gian trung tiện (2,4 ngày), thời gian nằm viện (12,9 ngày). Đạt hiệu quả kinh tế hơn so với nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch truyền thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] J. Fukuzawa, H. Terashima, N. Ohkohchi (2007), "Early postoperative oral feeding accelerates upper gastrointestinal anastomotic healing in the rat model", *World J Surg* 2007, **31**, pp.1234-1239.
- [2] N. Kawasaki, Y. Suzuki, T. Nakayoshi, N. Hanyu, M. Nakao, A. Takeda, Y. Fukukawa, H. Kashiwagi (2009), "Early postoperative enteral nutrition is useful for recovering gastrointestinal motility and maintaining the nutrition status", *Surgery Today*, **39**(3), pp.225-230.
- [3] F.A. Moore, E.E. Moore, T.N. Jones, Mc B.L. Croskey, V.M. Peterson (1989), "TEN versus TPN following major abdominal trauma reduced septic morbidity", *The Journal of Trauma*, **29**, pp.916-922.
- [4] D. Schroeder, L. Gillanders, K. Mahr, G.L. Hill (1991), "Effects of immediate postoperative enteral nutrition on body composition, muscle function, and wound healing", *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, **15**, pp.376-383.
- [5] F. Moore, et al. (1992), "Early enteral Feeding, Compared with paenteral Reduce Postoperative septic Complication", *Ann Surg*, **216**(2), pp.172-183.
- [6] R.J. Mayer (1998), "Gastrointestinal tract cancer", *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14th Ed, **1**, Mc Graw-Hill, pp.568-578.
- [7] Fayez M. Saad (2007), "Early versus delayed oral feeding in Emergency intestinal resection Anastomosis with or without covering Stoma", *Journal of Medical Research Institute*, **28**(2), pp.160-166.
- [8] Nguyễn Như Lâm (2006), *Nghiên cứu hiệu quả của nuôi dưỡng sớm đường ruột trong điều trị bỏng nặng*, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
- [9] E. Cirmi, A. Liguori, M. Condorelli, et al. (2004), "The beneficial effects of antioxidant supplementation in enteral feeding in critically ill patients: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial", *Anesth Analg*, **99**, pp.857-863.