

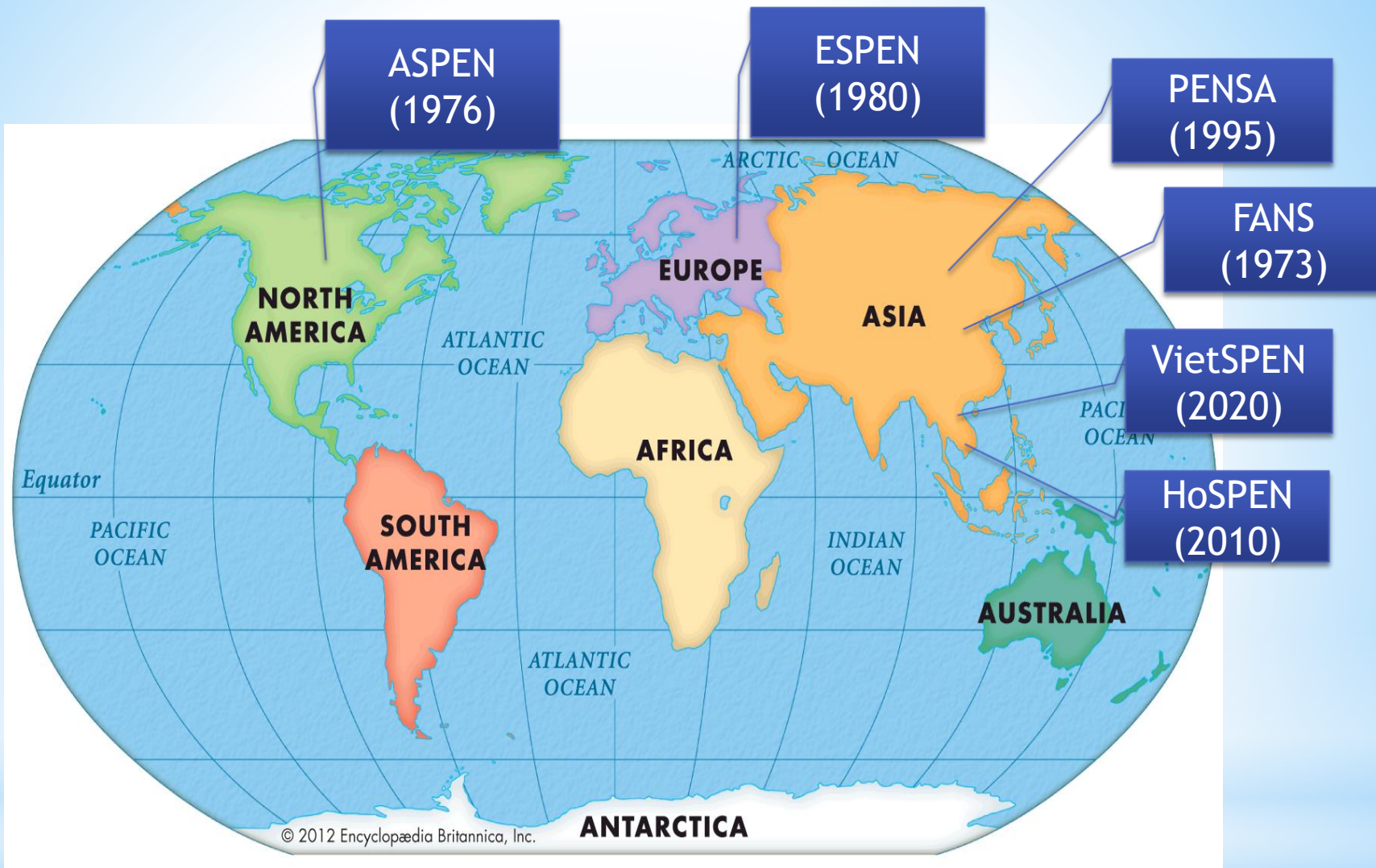
# Dinh dưỡng tiêu hoá sớm trong Phẫu thuật tiêu hoá - từ chứng cứ đến thực hành Lâm sàng tại BV CHỢ RẪY



TS BS LÂM VIỆT TRUNG  
KHOA NGOẠI TIÊU HOÁ, BV. CHỢ RẪY

# Nội dung

- \* Lịch sử của EN
- \* SDD và tiếp cận DD ở bệnh nhân ngoại khoa
- \* Cập nhật các chứng cứ lâm sàng của EEN
- \* Chia sẻ kinh nghiệm tại BVCR
- \* Ca lâm sàng
- \* Kết luận



## **MẠNG LƯỚI DINH DƯỠNG THẾ GIỚI**

- ASPEN: American society for Parenteral and enteral nutrition
- ESPEN: European society for Clinical nutrition and Metabolism
- PENZA: Parenteral and enteral nutrition society of Asia
- FANS: Federation of Asian Nutrition societies
- HOSPEN: Hochiminh city society of Parenteral and enteral nutrition
- VietSPEN: Vietnam Society of Parenteral and Enteral nutrition



# Lịch sử phát triển của EN

Date	Contributor	Contribution
1550 BC	Ancient Egyptians	RE of milk, whey, wine, and barley broths delivered as food or medication
300 BC	Hippocrates	RE of ptisan, oxymel, hydromel, and wines
100 BC	Lykos	RE of barley and wheat in patients who could not be fed orally
50–25 BC	Celsus	RE of barley, wheat, milk, eggs, and deer marrow for patients with dysentery or gastric diseases
1598	Capivaccus	EF using a hollow tube to push liquid down the esophagus
1617	Aqua Pendente	EF using a small silver nasopharyngeal tube to feed patients with tetanus
1646	von Helmont	EF using a leather, flexible transnasal tube
1790	Hunter	First to use EN for therapeutic purposes
1837	Egeberg	First gastrostomy in dogs for the purpose of feeding
1849	Sedillot	First gastrostomy in humans—unsuccessful
1858	Busch	Fed a diet of eggs, flour, meat, and meat broth via the jejunum
1876	Verneuil	First successful gastrostomy in humans
1878	Surmay	First successful jejunostomy
1882	Bliss	RF of President Garfield, who lived for 79 days after being shot
1894	Stamm	Standardized the gastrostomy technique
1895	Eiselberg	Modified the jejunostomy technique, which is still used today
1910	Einhorn	Developed a weighted nasogastric tube that could pass into the duodenum
1915	Gross and Held	Developed a weighted nasogastric tube that could pass into the jejunum
1980	Gauterer et al	Described the first endoscopic placement of a gastrostomy tube

EF, enteral feeding; EN, enteral nutrition; RE, rectal enema; RF, rectal feeding.



Rectal enema (RE)

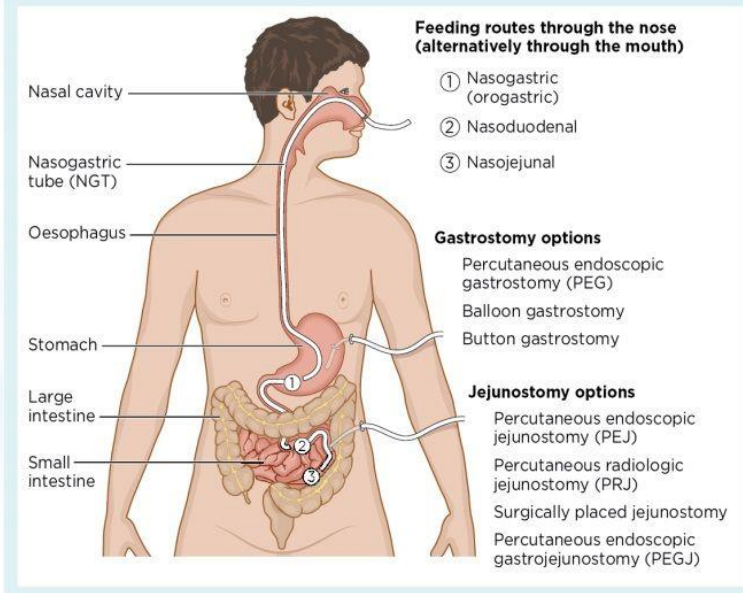


Capivaccus (1598)

# Nuôi ăn sớm sau mổ (early EN)

- 1918: Andresen giới thiệu khái niệm nuôi ăn sớm sau mổ qua hồng tràng
- 1980s: nhiều nghiên cứu về nuôi ăn sớm đường tiêu hoá sau mổ được công bố → thúc đẩy xu hướng sử dụng EN cho các bệnh nhân phẫu thuật

Fig 2. Examples of enteral access



# Các quan điểm trước đây

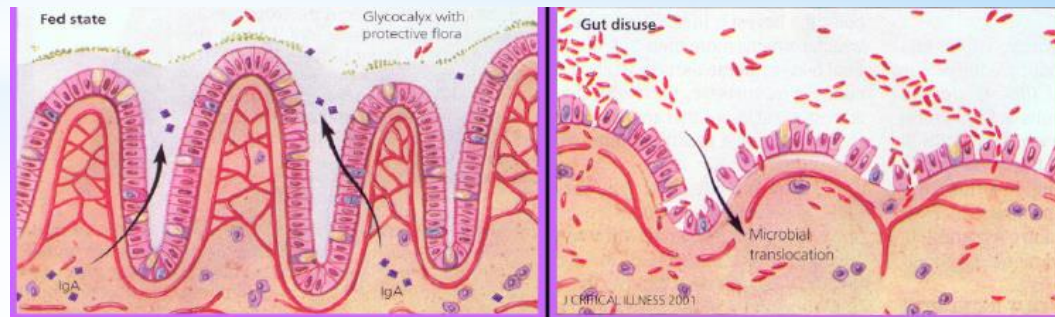
- NPO trong ngày trước mổ
  - NPO cho đến khi có trung tiện sau mổ
  - Nguy cơ cho ăn sớm sau mổ:
    - Chướng bụng
    - Buồn nôn
    - Tắc ruột sớm sau mổ
    - **Xì rò miệng nối**
- ➔ BN “đói” trước và sau mổ





# Các quan điểm mới

- Ruột hoạt động trở lại 6h-8h sau mổ
- Nên cho bệnh nhân ăn lại càng sớm càng tốt, kể cả những phẫu thuật lớn vùng bụng.
- Cho bệnh nhân ăn sớm:
  - Tăng khả năng hấp thu của ruột non
  - Tác động tốt lên hệ miễn dịch
  - Giảm nguy cơ nhiễm trùng
  - Tăng khả năng lành vết thương
  - Giảm biến chứng, giảm xì rò miệng nối
  - Rút ngắn thời gian nằm viện



# Sau phẫu thuật lớn

- Chuyển hoá tăng 25% - 50%
- Trường hợp có nhiễm trùng : >50%
- Mất protein: 10% – 15%
- Sụt cân: 5kg – 10 kg



PSS07029 [RF] © www.visualphotos.com





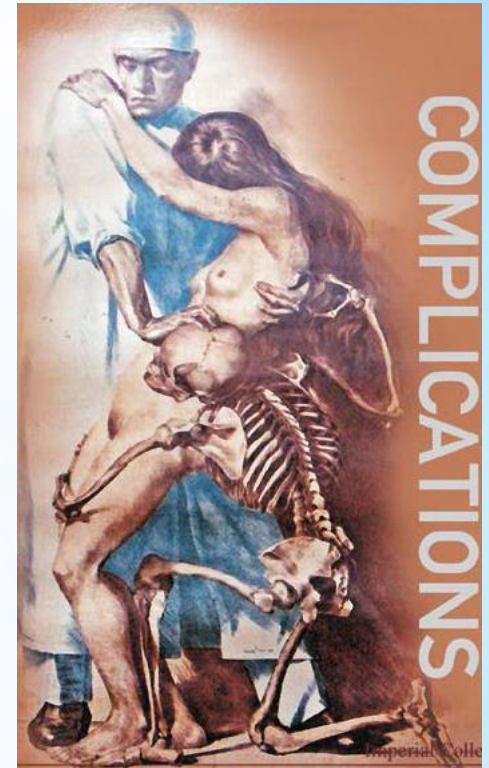
# Nhu cầu dinh dưỡng sau mổ (ESPEN)

- Năng lượng : 25 Kcal/kg/ngày (Bệnh nặng 30 - 35 Kcal/kg/ngày)
- Protein: 1,5g /kg (20% tổng NL)
- Nước và điện giải: 2000 – 3000 ml/ngày (bù NT, hơi thở ...)
- Tỷ lệ protein:mỡ:đường là 20%:30%:50%
- Vitamin & vi khoáng chất: A, C, E, Zn
- DD đặc biệt: Glutamin, Omega-3 ...

# TỈ LỆ SUY DINH DƯỠNG Ở BN NGOẠI KHOA : **50% !**

→ Ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật:

- Chậm lành vết thương → bục xì miệng nối
- CN miễn dịch suy giảm → dễ nhiễm trùng
- CN cơ quan bị ảnh hưởng: hô hấp, thận, giảm khối cơ và sức cơ, thoái triển niêm mạc ống tiêu hoá ...
- Thời gian nằm viện kéo dài
- Tăng tỉ lệ biến chứng và tử vong

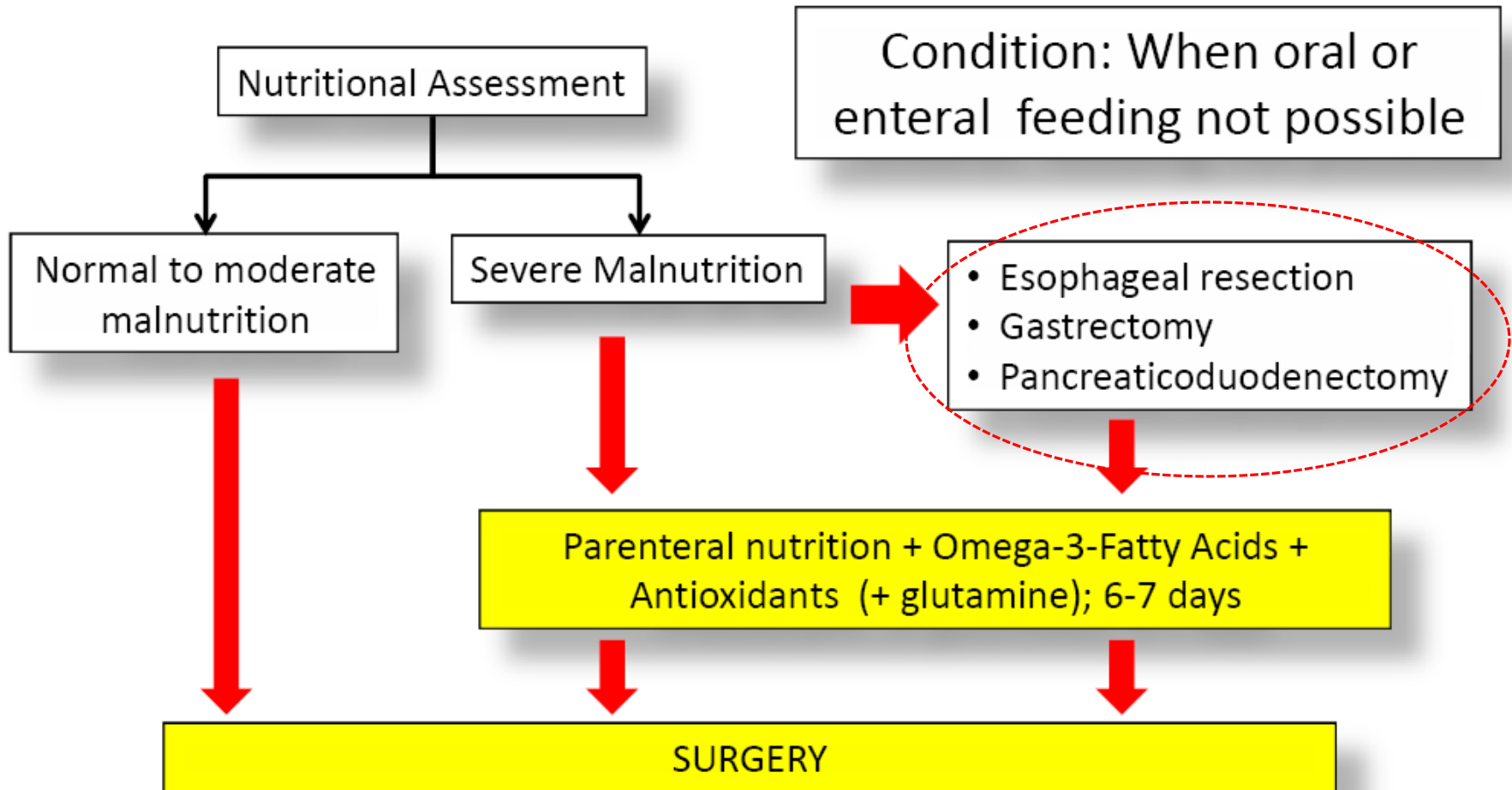


# Tỉ lệ SDD ở Bn nhập viện

Bệnh lý	Tác giả/năm	N	P/Pháp	Tỉ lệ %
<b>Chung:</b>				
Chợ rẫy	Luu NT/2008	701	NRS, SGA	43%
Bạch Mai	Nguyen TL/2011	551	SGA	50,3%
Xơ gan	Quang DH/2013	140	SGA	93,6%
COPD	Tran TKN/2014	100	SGA	64,9%
Bệnh thận mạn GĐ cuối chưa lọc thận ICU	Tran VV/2011	90	SGA, Nhân trắc	52,2%
	Phuc / 2012		SGA	63%
<b>Ngoại khoa:</b>				
Phẫu thuật bụng	Pham VN/ 2006	438	SGA, nhân trắc	55,7%
Gan Mật Tụy	Nguyễn TA/2010	100	SGA, Alb, Prealb	53%
	Đặng TK/2011	209	SGA, Alb,	55%
Chấn thương CH	Nguyen TĐ/2013		Prealbu SGA, ALb, Prealb	35,6% (54,8% XV)

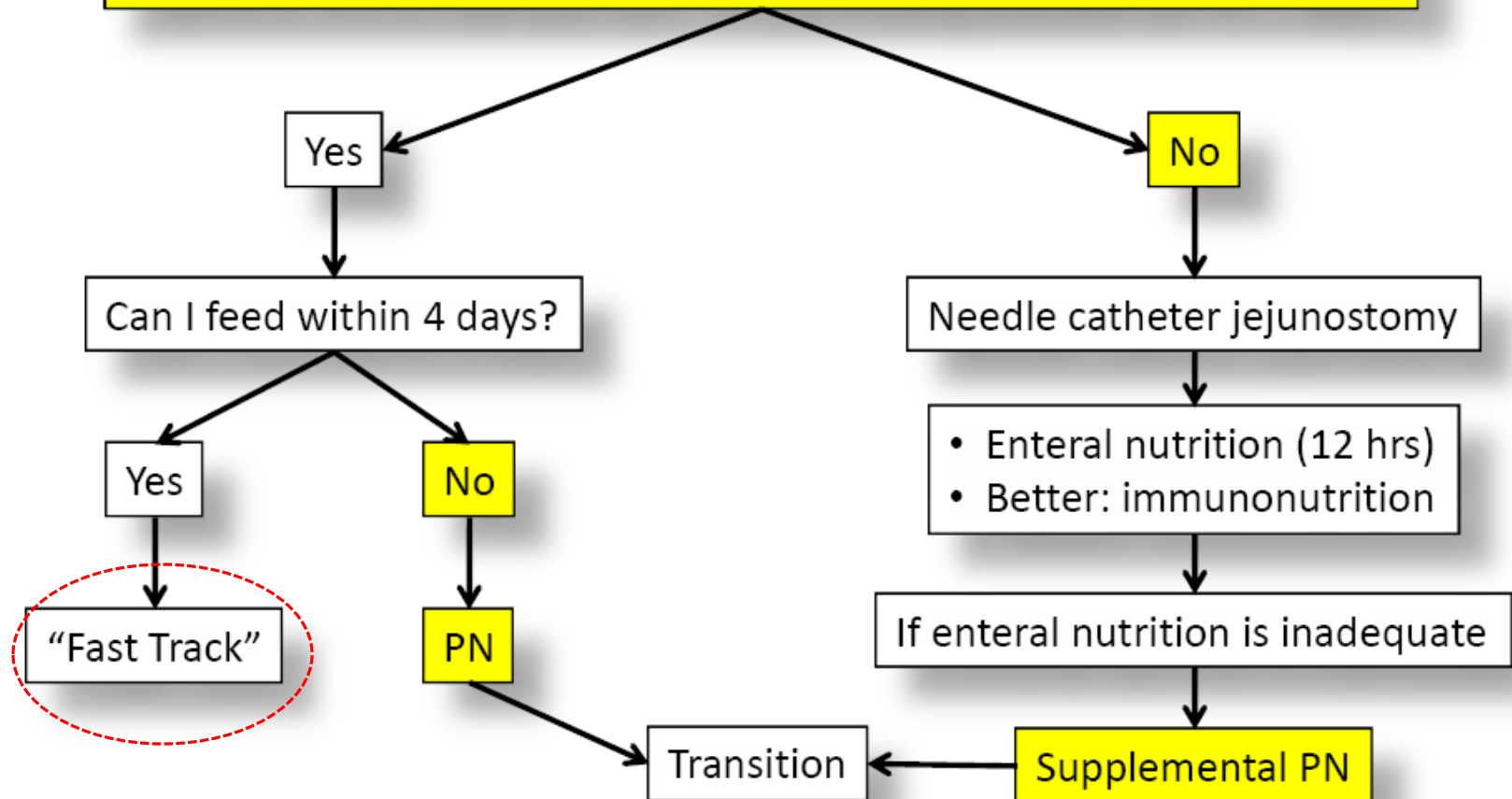


# Clinical nutrition pathways: Pre-operative phase



# Clinical nutrition pathways: Post-operative Period

While in the OR ask yourself: "is oral feeding possible within 7 days?"



# Chỉ định PN sau mổ - ESPEN 2009

- Bn SDD chưa ăn được đường miệng hoặc qua ống tiêu hoá, hoặc chưa dung nạp thức ăn được.
- Có BC sau mổ tổn hại đến chức năng ống tiêu hoá, chưa thể ăn qua miệng hay ống tiêu hoá trong ít nhất 7 ngày
- **Phối hợp EN và PN:** Khi EN không đủ đáp ứng >60% (ESPEN 2017: 50%) nhu cầu NL cơ thể (rò TH cung lượng cao, bán hẹp môn vị, bán tắc ruột ...)
- Tổn thương đường tiêu hoá kéo dài (HC ruột ngắn...) → PN là chủ yếu.



**Cập nhật Các chứng cứ lâm sàng  
Nuôi ăn Sớm đường tiêu hoá  
(Early enteral nutrition - EEN)**

# Một số nguyên tắc chung cho EEN

- Tư vấn và hướng dẫn BN trước và sau mổ (tích hợp ERAS)
- Thời điểm bắt đầu: 24 - 48h sau mổ
- Duy trì và liên tục
- Loại thức ăn: Nước - nước đường - sữa, soup, cháo ...
- Lượng thức ăn: tăng dần , tùy đáp ứng của bệnh nhân
- Mục tiêu năng lượng: Không cần đạt nhu cầu NL ban đầu → đạt 70% vào ngày POD5 - POD7. Phối hợp nuôi ăn PN
- Theo dõi và xử lý biến chứng
- Cá nhân hoá trong cho ăn sớm

# EEN sớm có làm tăng tỉ lệ biến chứng ? / PT bụng cấp cứu

The effects of early enteral nutrition on mortality after major emergency abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis with Trial Sequential Analysis

Jakob Burcharth\*, Andreas Falkenberg, Anders Schack, Sarah Ekeloef, Ismail Gögenur

Department of Surgery, Zealand University Hospital, Denmark

Clinical Nutrition 40 (2021) 1604–1612

6 studies (1309 patients), 4 RCTs. The meta-analysis on five studies [31,33 -36] included 736 patients (369 in EEN groups, 367 in control groups) and found a reduction in mortality in EEN (26/369 (7%)) compared with the standard care (43/367 (11.7%)) (OR 0.59 (CI 95% 0.34e1.00), I2 . 0%)

Summary of findings					
Outcomes	N <sup>o</sup> of participants (studies) Follow-up	Certainty of the evidence (GRADE)	Relative effect (95% CI)	Anticipated absolute effects <sup>e</sup>	
				Risk with standard postoperative nutritional care	Risk difference with early postoperative peroral or enteral nutrition
Mortality	736 (5 RCTs) [33,36,37,39,41] <sup>a,d</sup>	⊕⊕○○ LOW <sup>b,c</sup>	OR 0.59 (0.34–1.00)		
Postoperative sepsis	441 (4 RCTs) [33,37,39,41], <sup>a</sup>	⊕○○○ VERY LOW <sup>b,c,d</sup>	OR 0.61 (0.23–1.61)		
Postoperative pulmonary complications	441 (4 RCTs) [33,37,39,41], <sup>a</sup>	⊕○○○ VERY LOW <sup>b,c,d</sup>	OR 0.54 (0.23–1.27)		
Wound dehiscence	341 (3 RCTs) [33,37,39], <sup>a</sup>	⊕⊕○○ LOW <sup>b,c</sup>	OR 0.54 (0.23–1.27)		

EEN giúp:

- Giảm tỉ lệ tử vong
- Giảm tỉ lệ biến chứng chung
- Rút ngắn thời gian nằm viện



# EEN trong PT tiêu hoá dưới

Early enteral nutrition within 24 hours of **lower gastrointestinal surgery** versus later commencement for length of hospital stay and postoperative complications (Review) -

Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 7. Art. No.: CD004080.

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No. of participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)
	Assumed risk with no calories	Corresponding risk with early enteral nutrition			
<b>Length of hospital stay (days)</b>	The mean LoS of control groups ranged from six to 24 days	MD 1.95 lower (2.99 lower to 0.91 lower)	-	1346 (16 RCTs)	⊕⊕○○ LOW <sup>1</sup>
<b>Wound infection</b>	91 per 1,000	91 per 1,000 (58 to 138) (33 fewer to 47 more)	RR 0.99 (0.64 to 1.52)	1181 (12 RCTs)	⊕○○○ VERY LOW <sup>2</sup>
<b>Intraabdominal abscess</b>	29 per 1,000	29 per 1,000 (8 to 110) (21 fewer to 81 more)	RR 1.00 (0.26 to 3.80)	554 (6 RCTs)	⊕⊕○○ LOW <sup>3</sup>
<b>Anastomotic leakage/dehiscence</b>	47 per 1,000	37 per 1,000 (18 to 76) (19 fewer to 29 more)	RR 0.78 (0.38 to 1.61)	1232 (13 RCTs)	⊕⊕○○ LOW <sup>3</sup>
<b>Pneumonia (within hospital stay)</b>	21 per 1,000	18 per 1,000 (7 to 51) (14 fewer to 30 more)	RR 0.88 (0.32 to 2.42)	954 (10 RCTs)	⊕⊕○○ LOW <sup>3</sup>
<b>Mortality</b>	30 per 1,000	17 per 1,000 (6 to 46) (24 fewer to 16 more)	RR 0.56 (0.21 to 1.52)	1179 (12 RCTs)	⊕⊕○○ LOW <sup>4</sup>

**Aims:** To evaluate whether early commencement of postoperative EN (within 24 hours), compared with traditional management (after bowel function returned) 17 RCTs with 1437 participants undergoing lower gastrointestinal surgery

## EEN giúp:

- Giảm thời gian nằm viện
- Không khác biệt về biến chứng, tử vong

# EEN trong PT tiêu hoá dưới

RESEARCH

Open

## Early oral protein-containing diets following elective lower gastrointestinal tract surgery in adults: a meta-analysis of randomized clinical trials

Hong Pu<sup>1,2</sup>, Philippa T. Heighes<sup>1</sup>, Fiona Simpson<sup>1,3</sup>, Yaoli Wang<sup>1,4</sup>, Zeping Liang<sup>1,4</sup>, Paul Wischm

Pu et al. *Perioperative Medicine* (2021) 10:10  
<https://doi.org/10.1186/s13741-021-00179-3>

to investigate the safety and efficacy of early oral protein-containing diets versus later (traditional) feeding after elective lower gastrointestinal tract surgery in adults.

Eight randomized clinical trials recruiting 657 patients were included

Statistically significant reduction in mortality (odds ratio [OR] 0.60, P = 0.01, I<sup>2</sup> = 25%), and significantly improved other outcomes. Early oral protein-containing diet were identified.

Pu (2021)

EEN có chứa Protein / PT tiêu hoá dưới:

- Giảm tỉ lệ tử vong
- Giảm nhiễm trùng SSI
- Giảm nôn và buồn nôn sau mổ

→ Khuyến cáo sử dụng

**Conclusions:** The results of this systematic review can be used to inform clinical practice. A recommendation supporting an oral protein-containing diet commenced before the end of postoperative day 1 after elective lower gastrointestinal surgery in adults.

# EEN trong PT dạ dày

Gastric Cancer (2014) 17:324–331  
DOI 10.1007/s10120-013-0275-5

ORIGINAL ARTICLE

## The safety and feasibility of early postoperative oral nutrition on the first postoperative day after gastrectomy for gastric carcinoma

Oh Jeong · Seong Yeop Ryu · Mi Ran Jung ·  
Won Wong Choi · Young Kyu Park

- 2010-2011: Sau PT cắt dạ dày do K: 74 BN cho ăn sớm HP1 (nhóm ED) sv. 96 BN cho ăn ngày HP3-4 (nhóm CD)
- Kết quả:
  - Thời gian cho ăn nhanh hơn: nhóm ED 1,8 sv CD 3,2 ( $p < 0,001$ )
  - T/g nằm viện ngắn hơn ở nhóm ED (7,4 sv 8,9 ngày,  $p = 0,004$ )
  - Không có sự khác biệt: biến chứng sau mổ, rò miệng nối, liệt ruột. Tỷ lệ tuân thủ ED là 78,5%, Bn lớn tuổi ( $>70$ ) là yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ

# EEN trong PT dạ dày

Y Học TP. Hồ Chí Minh \* Phụ Bản Tập 20 \* Số 2 \* 2016

Nghiên cứu Y học

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NUÔI ĂN SỚM QUA ĐƯỜNG MIỆNG SAU PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY DO UNG THƯ

*Lâm Việt Trung\*, Lưu Ngân Tâm\*\*, Lê Văn Trung\**

- 1/2015 – 8/2015: 50 TH cắt dạ dày bán phần (32 ca) hoặc toàn phần (18 ca) (44 mổ mở và 6 nội soi) tại BVCR: Rút tube levine và Nuôi ăn sớm từ sau 24h sau mổ.
- Tỷ lệ tuân thủ nuôi ăn sớm : 48/50 ca (96%)
- Biến chứng phẫu thuật: 0%
- Tử vong : 0%



# EEN (NCJ) trong PT tiêu hoá trên



*nutrients*



Article

## Needle Catheter Jejunostomy in Patients Undergoing Surgery for Upper Gastrointestinal and Pancreato-Biliary Cancer–Impact on Nutritional and Clinical Outcome in the Early and Late Postoperative Period

Maria Wobith, Lena Wehle, Delia Haberzettl, Ali Acikgöz and **Arved Weimann** \*

Clinical Nutrition Unit of the Department of General, Visceral, and Oncological Surgery, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig, 04103 Leipzig, Germany; maria.wobith@sanktgeorg.de (M.W.); lena.wehle@web.de (L.W.); delia.haberzettl@sanktgeorg.de (D.H.); ali.acikgoez@sanktgeorg.de (A.A.)

\* Correspondence: [arved.weimann@sanktgeorg.de](mailto:arved.weimann@sanktgeorg.de)

Received: 30 June 2020; Accepted: 18 August 2020; Published: 25 August 2020



102 bn 1/2006 -12/2016 PT tiêu hoá trên với ống nuôi ăn hồng tràng (NCJ)  
Đánh giá BMI, tỉ lệ sụt cân sau mổ : từ 1-3 tháng và 4- 6 tháng

- **NCJ giúp duy trì BMI**
- **Giảm tỉ lệ sụt cân sau mổ**
- **Không có biến chứng nặng liên quan đến NCJ**

# EEN (oral) trong PT thực quản

*Ann Surg.* 2018 March ; 267(3): 435–442. doi:10.1097/SLA.0000000000002304.

## Early oral feeding following McKeown minimally invasive esophagectomy: an open-label, randomized, controlled, non-inferiority trial

Hai-Bo Sun, MD<sup>1,§</sup>, Yin Li, MD, PhD<sup>1,§,\*</sup>, Xian-Ben Liu, MD<sup>1</sup>, Rui-Xiang Zhang, MD<sup>1</sup>, Zong-

**Results**—Between February 2014 and October 2015, 280 patients were enrolled in this study. There were 140 patients in the EOF group and 140 patients in the LOF group. EOF was non-inferior to LOF for CRG complications (25.0% in the EOF group versus 27.9% in the LOF group; 95% confidence interval: −13.2% – 7.4%). Compared with the LOF group, the EOF group showed significantly shorter time to first flatus (median of 2 days versus 3 days,  $P = 0.001$ ) and bowel movement (median of 3 days versus 4 days,  $P < 0.001$ ). Two weeks after the operation, patients in the EOF group reported higher global QOL and function scores and lower symptom scores than patients in the LOF group.

Nuôi ăn sớm đường miệng sau PT thực quản

- không làm tăng biến chứng
- Phục hồi chức năng ruột sớm
- Chất lượng sống sau mổ tốt hơn

# EEN trước PT thực quản

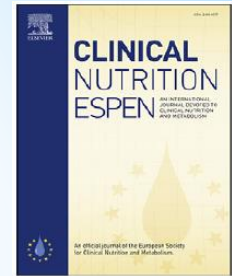
Original article

## Oesophageal cancer: The effect of early nutrition support on clinical outcomes

S.J. Davies <sup>a, \*</sup>, M.A. West <sup>b</sup>, S.A. Rahman <sup>b</sup>, T.J. Underwood <sup>b</sup>, L.V. Marino <sup>a, c, d</sup>

<sup>a</sup> Department of Dietetics/ Speech and Language Therapy, University Hospital NHS Foundation Trust Southampton, Tremona Road, So UK

<sup>b</sup> School of Cancer Sciences, Faculty of Medicine, University of Southampton, UK



Clinical Nutrition ESPEN 42 (2021) 117–123

- Hồi cứu 151 ca cắt ung thư TQ.
- Can thiệp dinh dưỡng sớm (n=45) trong *giai đoạn hoá trị tân hỗ trợ* sv. Không can thiệp dd sớm (n=61)
- Đánh giá tỉ lệ sụt cân trước mổ >10% hay <10% so với baseline

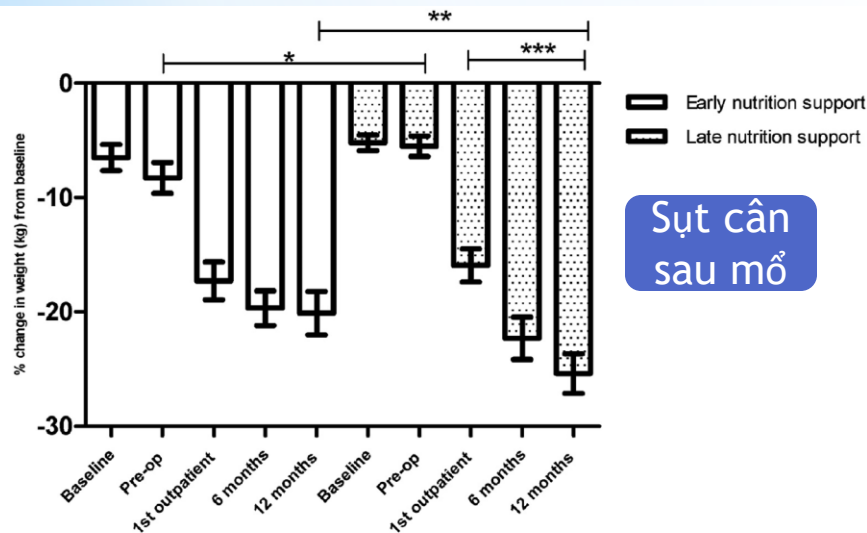


Fig. 1. Effect of early or late nutrition support on post-operative weight (\*p<0.05, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.001).



Fig. 2. Kaplan–Meier survival curve

# DINH DƯỠNG ĐIỀU HÒA MIỄN DỊCH ?



**BN NẶNG**  
**BN UNG THƯ**





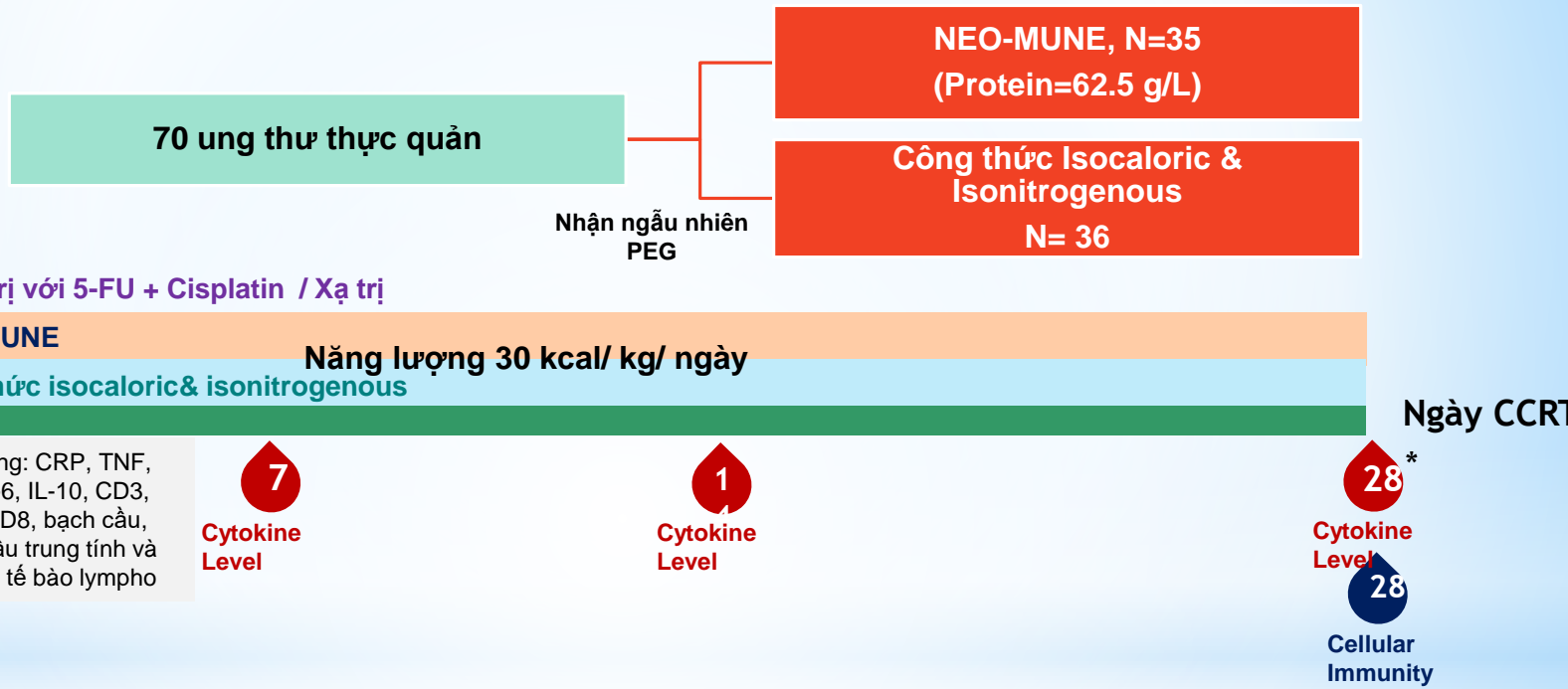
# Nghiên cứu ngẫu nhiên về tác dụng chống viêm và điều hòa miễn dịch của dinh dưỡng miễn dịch qua đường ruột trong quá trình hóa xạ trị đồng thời đối với ung thư thực quản <sup>1</sup>



<b>Mục tiêu</b>	Hóa xạ trị liệu đồng thời (CCRT) gây ra độc tính do viêm và ức chế miễn dịch. Axit béo omega-3, glutamine và arginine là những yếu tố điều trị có thể làm giảm chứng viêm và thúc đẩy miễn dịch tế bào. Câu hỏi đặt ra là liệu chế độ dinh dưỡng miễn dịch (IN) trong quá trình CCRT có làm giảm viêm và cải thiện chức năng miễn dịch ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản (ESCC) hay không.
<b>Vật liệu và phương pháp</b>	71 bệnh nhân ESCC tiến triển cục bộ được điều trị bằng CCRT (5-FU và cisplatin) được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm IN nhận được sự kết hợp của axit béo omega-3, glutamine và arginine, trong khi nhóm đối chứng nhận được sữa công thức tiêu chuẩn. Mức protein phản ứng C (CRP), yếu tố hoại tử khối u (TNF), interferon-gamma (IFN), interleukin (IL-6, IL-10), CD3, CD4, CD8, bạch cầu, bạch cầu trung tính và tổng số tế bào lympho được đo trước và trong khi điều trị.
<b>Kết quả</b>	Mức CRP (P = 0,001) và TNF (P = 0,014) tăng nhiều hơn trong khi điều trị ở nhóm chứng so với nhóm điều trị, trong khi IFN, IL-6 và IL-10 tương tự nhưng không đáng kể. CD3, CD4, CD8, bạch cầu, bạch cầu trung tính và tổng số tế bào lympho ở nhóm chứng giảm nhiều hơn ở nhóm điều trị, nhưng không đáng kể.
<b>Kết luận</b>	Bổ sung miễn dịch đường ruột trong CCRT làm giảm sự gia tăng nồng độ cytokine gây viêm.

1. Sunpaweravong S, Puttawibul P, Ruangsiri S., et al. Randomized study of antiinflammatory and immune-modulatory effects of enteral immunonutrition during concurrent chemoradiotherapy for esophageal cancer.. *Nutr Cancer*. 2014;66(1):1-5. doi: 10.1080/01635581.2014.847473. Epub 2013 Nov 25.

# NEO-MUNE trong CCRT làm giảm các protein gây viêm như CRP và TNF mà không ảnh hưởng đến phản ứng của khối u ở BN ESCC




**Kết quả: Mức CRP (P = 0,001) và TNF (P = 0,014) tăng nhiều hơn trong quá trình điều trị ở nhóm chứng so với nhóm NEO-MUNE.**

1. Sunpaweravong S, Puttawibul P, Ruangsiri S., et al. Randomized study of antiinflammatory and immune-modulatory effects of enteral immunonutrition during concurrent chemoradiotherapy for esophageal cancer.. *Nutr Cancer*. 2014;66(1):1-5. doi: 10.1080/01635581.2014.847473. Epub 2013 Nov 25.

# EEN trong PT thực quản – vai trò của immunonutrition ?

## Enteral immunonutrition versus enteral nutrition for patients undergoing oesophagectomy: a systematic review and meta-analysis

Xiao-Kun Li <sup>a,\*</sup>, Hai Zhou<sup>b</sup>, Yang Xu<sup>b</sup>, Zhuang-Zhuang Cong<sup>c</sup>, Wen-Jie Wu<sup>d</sup>, Jing Luo<sup>c</sup>,



**RESULTS:** Six articles were finally included, with a total of 320 patients with oesophageal cancer. The meta-analysis results showed that EEN did not improve clinical outcomes (such as infectious complications, pneumonia, surgical site infection, anastomotic leak and postoperative hospital stay) or immune indices [referring to C-reactive protein, interleukin (IL)-6, IL-8, tumour necrosis factor- $\alpha$ ]. Descriptive analysis suggested that EEN also increased the serum concentrations of IgG and the percentage of the B-cell fraction. Thus, its impact on IL-8 and IL-6 remains inconsistent.

**CONCLUSIONS:** The early-stage impact of EEN on immunological status in patients undergoing oesophagectomy is still unclear. According to the results of this meta-analysis, whether EEN could improve the clinical outcomes or biological status after oesophagectomy compared to standard enteral nutrition is uncertain. Since the impact of EEN is unclear, current guidelines that strongly advise the use of EEN should be changed, as the utility of EEN is very uncertain. More appropriately powered clinical studies are warranted to confirm its effectiveness.

# Tỉ lệ cao thiếu năng tụy ngoại tiết (TNTNT) ở BN sau phẫu thuật tụy và dạ dày

Viêm tụy mạn	30%–90%
Viêm tụy cấp	Nhẹ: 15%–20% Nặng: 30%–40%
Viêm tụy cấp tự miễn	30%–60%
K tụy không phẫu thuật	20%–60%
U tân sinh tụy sau phẫu thuật	Cắt bỏ khối tá - tụy: 80%–90% Cắt bỏ tụy đoạn xa : 20%–50%
U tụy lành tính (trước phẫu thuật)	30%–60%
Xơ nang tụy	80%–90%
Hội chứng Shwachman–Diamond	80%–90%

ĐTĐ type 1	30%–50%
ĐTĐ type 2	20%–30%
Bệnh viêm ruột	Viêm loét đại tràng: 10% Bệnh Crohn: 4%
Bệnh Celiac (không điều trị)	5%–80%
Ghép ruột ở trẻ em	10%
HIV	10%–50%
Phẫu thuật ống tiêu hoá	Cắt DD toàn bộ /một phần: 40%–80% Cắt thực quản: 16%
Hội chứng Sjogren	10%–30%
Tuổi	15%–30%
Hút thuốc lá	10%–20%
Điều trị dẫn chất của somatostatin	20%



# Sử dụng PERT cho BN sau phẫu thuật tiêu hóa

- Khuyến cáo tầm soát TNTNT cho tất cả BN sau phẫu thuật tụy và tiêu hóa.
- Bắt đầu sử dụng PERT  
Ngay khi chẩn đoán TNTNT.  
Hoặc khi có nguy cơ cao TNTNT thông qua các triệu chứng tiêu hóa.
- PERT giúp  
Cải thiện chất lượng cuộc sống  
Tổng trạng  
Giảm tử vong sau phẫu thuật do suy dinh dưỡng



# Sử dụng PERT cho BN trước và sau khi phẫu thuật tụy do ung thư

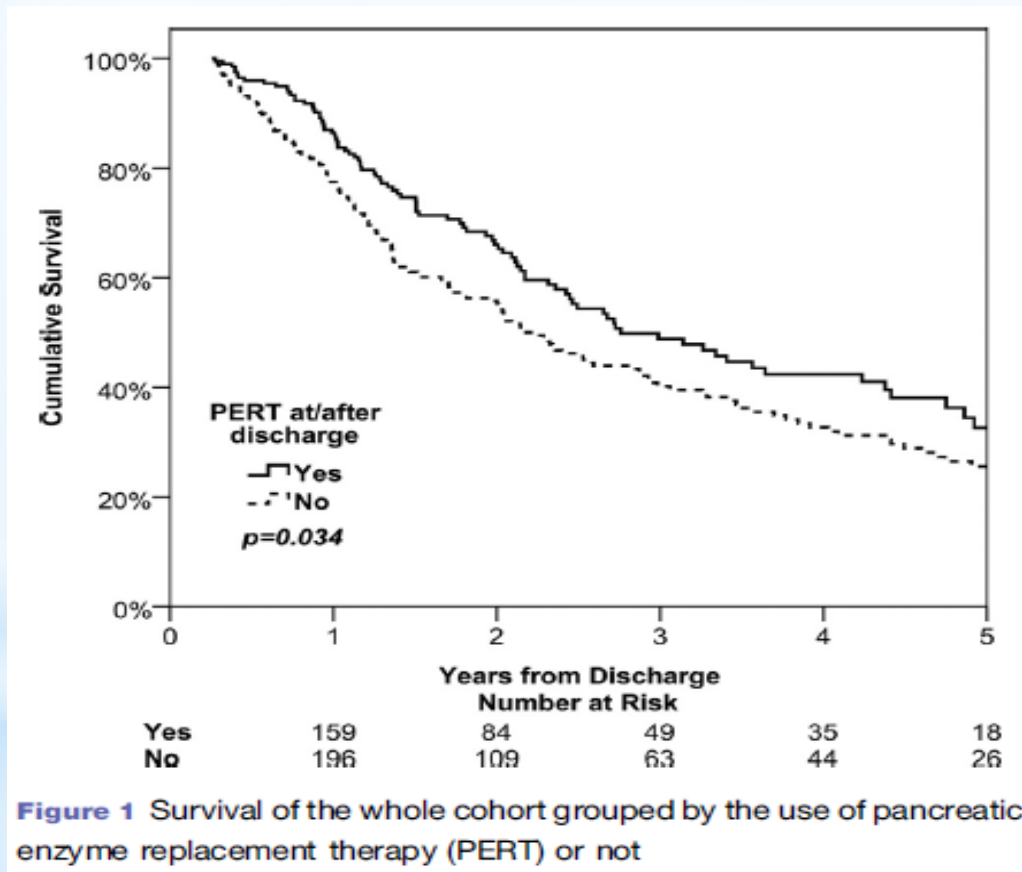
## 1.6 Nutritional management

- 1.6.1 Offer enteric-coated pancreatin for people with unresectable pancreatic cancer.
- 1.6.2 Consider enteric-coated pancreatin before and after pancreatic cancer resection.
- 1.6.3 Do not use fish oils as a nutritional intervention to manage weight loss in people with unresectable pancreatic cancer.
- 1.6.4 For people who have had pancreatoduodenectomy and who have a functioning gut, offer early enteral nutrition (including oral and tube feeding) rather than parenteral nutrition.

- Cân nhắc pancreatin tan trong ruột **trước và sau** phẫu thuật tụy do ung thư

- BN phẫu thuật cắt khối tá tụy và có chức năng đường tiêu hóa tốt, cần được **bổ sung dinh dưỡng sớm qua đường tiêu hóa** (đường miệng hoặc ống) hơn là đường ngoài tiêu hóa

# PERT cải thiện tử vong sau phẫu thuật tụy do ung thư



**Figure 1** Survival of the whole cohort grouped by the use of pancreatic enzyme replacement therapy (PERT) or not

# EN vs PN trong rò tiêu hoá trên

Enteral versus parenteral nutrition in the conservative treatment of upper gastrointestinal fistula after surgery: a multicenter, randomized, parallel-group, open label, phase III study (NUTRILEAK study)

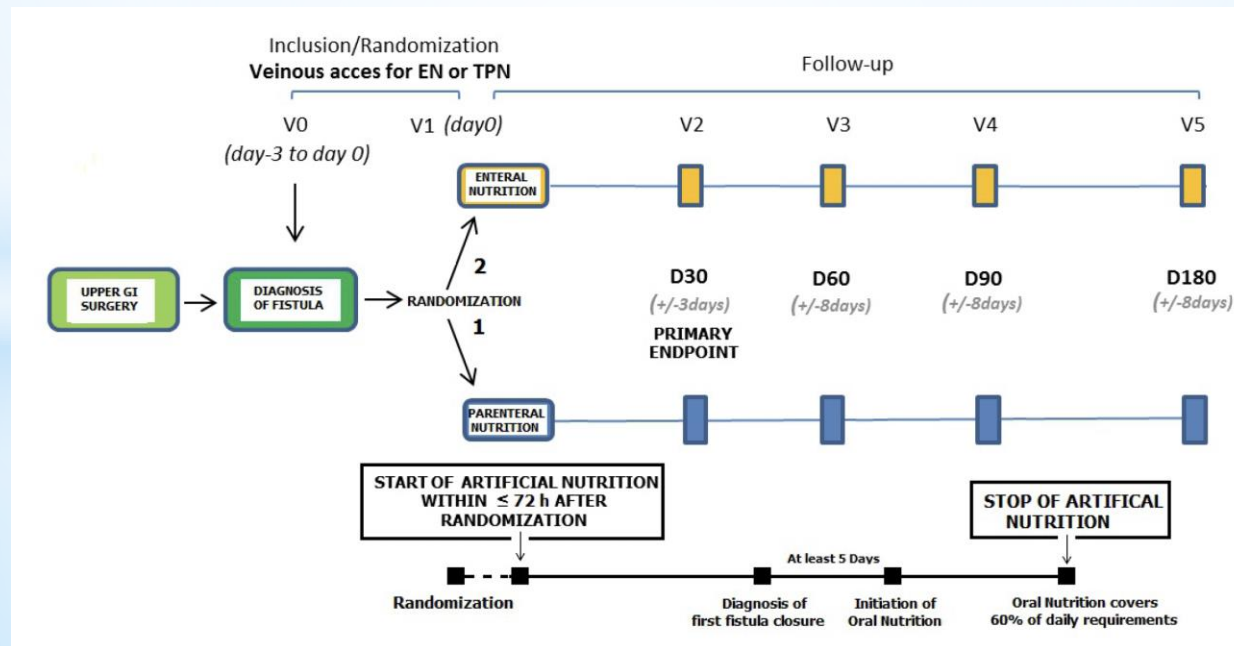
**CURRENT STATUS:** UNDER REVIEW

Gronnier *et al. Trials* (2020) 21:448  
<https://doi.org/10.1186/s13063-020-04366-3>

 Trials  BMC

Caroline Gronnier  
Bordeaux university hospital

✉ [caroline.gronnier@hotmail.fr](mailto:caroline.gronnier@hotmail.fr) *Corresponding Author*  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7836-8134>







CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL

# Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines

Annika Reintam Blaser<sup>1,2\*</sup>, Joel Starkopf<sup>1,3</sup>, Waleed Alhazzani<sup>4,5</sup>, Mette M. Berger<sup>6</sup>, Michael P. Casaer<sup>7</sup>,

Recommendation	Agreement (%)
1. We suggest using EEN in critically ill adult patients rather than early PN (conditional recommendation based on low quality evidence = Grade 2C) or delaying EN (conditional recommendation based on low quality evidence = Grade 2C)	100
2. We suggest delaying EN if shock is uncontrolled and haemodynamic and tissue perfusion goals are not reached, but start low dose EN as soon as shock is controlled with fluids and vasopressors/inotropes (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	91.4
3. We suggest delaying EN in case of uncontrolled life-threatening hypoxaemia, hypercapnia or acidosis, but using EEN in patients with stable hypoxaemia, and compensated or permissive hypercapnia and acidosis (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
4. We suggest that EN should not be delayed solely because of the concomitant use of neuromuscular blocking agents (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	91.4
5. We suggest starting low dose EEN in patients receiving therapeutic hypothermia and increase the dose after rewarming (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100



**CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL**

# Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines

Annika Reintam Blaser<sup>1,2\*</sup>, Joel Starkopf<sup>1,3</sup>, Waleed Alhazzani<sup>4,5</sup>, Mette M. Berger<sup>6</sup>, Michael P. Casaer<sup>7</sup>,

Recommendation	Agreement (%)
6. We suggest using EEN in adult patients receiving extracorporeal membrane oxygenation (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
7. We suggest that EN should not be delayed solely because of prone positioning (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D).	91.4
8. We suggest using EEN in critically ill adult patients with traumatic brain injury (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	95.7
9. We suggest using EEN in critically ill adult patients with stroke (ischaemic or haemorrhagic) (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
10. We suggest using EEN in critically ill adult patients with spinal cord injury (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
11. We suggest using EEN in critically ill adult patients with severe acute pancreatitis (conditional recommendation based on low quality evidence = Grade 2C)	100



CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL

# Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines

Annika Reintam Blaser<sup>1,2\*</sup>, Joel Starkopf<sup>1,3</sup>, Waleed Alhazzani<sup>4,5</sup>, Mette M. Berger<sup>6</sup>, Michael P. Casaer<sup>7</sup>,

Recommendation	Agreement (%)
12. We suggest using EEN in critically ill adult patients after gastrointestinal surgery (conditional recommendation based on low quality evidence = Grade 2C)	100
13. We suggest using EEN in critically ill adult patients after abdominal aortic surgery (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
14. We suggest using EEN in critically ill adult patients with abdominal trauma after the continuity of the GI tract is confirmed/restored (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
15. We suggest delaying EN in critically ill adult patients with overt bowel ischaemia (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
16. We suggest delaying EN in critically ill adult patients with high-output intestinal fistula if reliable feeding access distal to the fistula is not achievable (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
17. We suggest using EEN in critically ill adult patients with an open abdomen (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100





CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL

# Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines

Annika Reintam Blaser<sup>1,2\*</sup>, Joel Starkopf<sup>1,3</sup>, Waleed Alhazzani<sup>4,5</sup>, Mette M. Berger<sup>6</sup>, Michael P. Casaer<sup>7</sup>,

Recommendation	Agreement (%)
18b. We suggest delaying EN in critically ill adult patients with abdominal compartment syndrome (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
19. We suggest delaying EN in patients with active upper GI bleeding, and starting EN when the bleeding has stopped and no signs of rebleeding are observed (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
20. We suggest starting low dose enteral nutrition when acute, immediately life-threatening metabolic derangements are controlled with or without liver support strategies, independent on grade of encephalopathy (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
21. We suggest delaying EN in critically ill adult patients if gastric aspirate volume is above 500 ml/6 h (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	91.4
22. We suggest using EEN in critically ill adult patients regardless of the presence of bowel sounds unless bowel ischaemia or obstruction is suspected (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	100
23. We suggest using EEN in critically ill adult patients presenting with diarrhoea (conditional recommendation based on expert opinion = Grade 2D)	95.7



ELSEVIER

## ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery

Arved Weimann <sup>a,\*</sup>, Marco Braga <sup>b</sup>, Franco Carli <sup>c</sup>, Takashi Higashiguchi <sup>d</sup>,  
 Martin Hübner <sup>e</sup>, Stanislaw Klek <sup>f</sup>, Alessandro Laviano <sup>g</sup>, Olle Ljungqvist <sup>h</sup>, Dileep N. Lobo <sup>i</sup>,  
 Robert Martindale <sup>j</sup>, Dan L. Waitzberg <sup>k</sup>, Stephan C. Bischoff <sup>l</sup>, Pierre Singer <sup>m</sup>

## S U M M A R Y

Early oral feeding is the preferred mode of nutrition for surgical patients. Avoidance of any nutritional therapy bears the risk of underfeeding during the postoperative course after major surgery. Considering that malnutrition and underfeeding are risk factors for postoperative complications, early enteral feeding

- Tích hợp dinh dưỡng vào kế hoạch điều trị BN
- Tránh Bn nhịn đói kéo dài trước mổ
- Cho ăn sớm sau PT càng sớm có thể
- Bắt đầu ngay điều trị dinh dưỡng cho BN có yếu tố nguy cơ suy DD
- Điều chỉnh RLCH: Đường huyết ...
- Giảm các yếu tố do stress thúc đẩy dị hoá hoặc ảnh hưởng chức năng đường tiêu hoá
- Giảm tối thiểu thời gian tác dụng của giãn cơ sau mổ (hoá giải nhanh)
- Vận động sớm sau mổ giúp tăng cường tổng hợp protein và chức năng cơ

The guideline presents 37 recommendations for clinical practice.

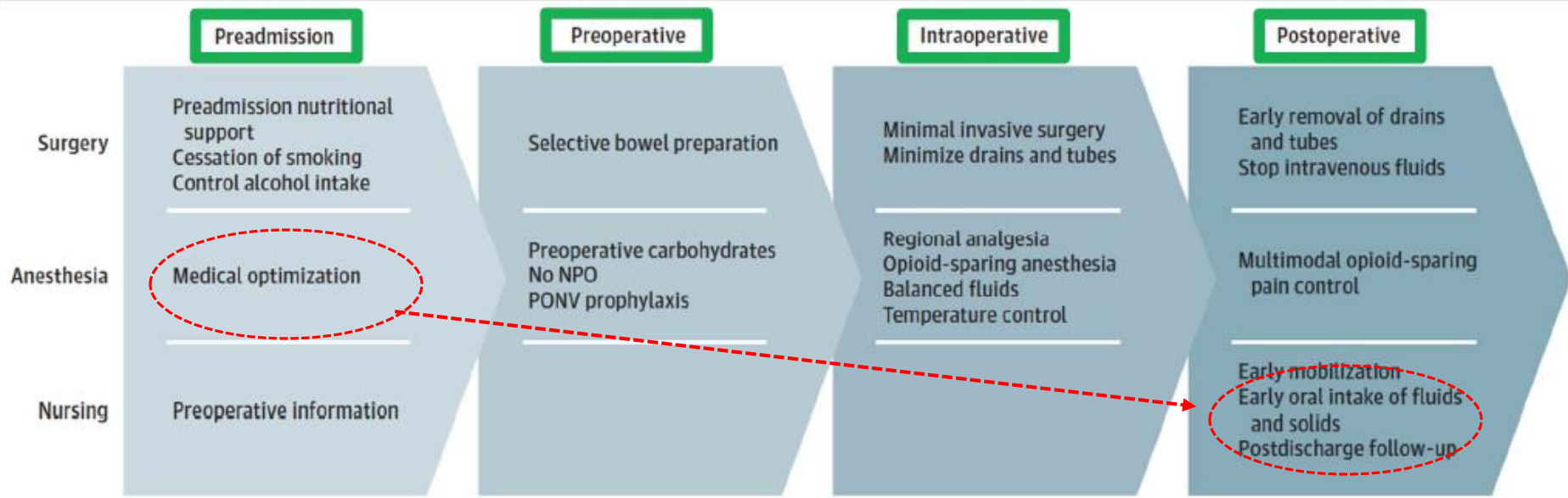
© 2017 European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.



# PHỤC HỒI SỚM SAU PHẪU THUẬT (ERAS: Early Recovery After Surgery)

## Structure of an ERAS Program

Figure Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Flowchart



Ljungqvist et al. *JAMA Surgery*. March 2017.

# Perioperative Timeline

Evaluation

Preparation and  
Optimization

Pre-  
Op

OR

Post-Op

30-60 days

24 hours

1-14 days

# BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

## QIP (Quality Improvement Program)

- Mạng lưới dinh dưỡng lâm sàng: bao gồm Điều dưỡng + bác sĩ mạng lưới
- Đánh giá dinh dưỡng trước mổ
- Cảnh báo : Báo động **ĐỎ** - **VÀNG** – **XANH**
- Giáo dục dinh dưỡng cho BN: trước mổ, sau mổ, trước xuất viện



**NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT  
VỀ CHĂM SÓC DINH DƯỠNG  
SAU KHI XUẤT VIỆN**

*TS BS LÂM VIỆT TRUNG  
KHOA NGOẠI TIÊU HOÁ  
BỆNH VIỆN CHỢ RẪY*

# BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

## ■ Phiếu đánh giá dinh dưỡng cho BN nội trú

BỆNH VIỆN CHỢ RẪY  
KHOA: H62 TỜ SỐ: 01

**PHIẾU ĐÁNH GIÁ VÀ KẾ HOẠCH DINH DƯỠNG BỆNH NHÂN**

Họ tên bệnh nhân: Chị ANH D.V. L. PHU Năm sinh: 1966  
Cân nặng: 62 kg; chiều cao: 1.62 (m); BMI: 24.1 (kg/m<sup>2</sup>)  
Chẩn đoán bệnh: Ph. tiểu đường  
Ngày thực hiện: 16/03/2021

Yếu tố nguy cơ suy dinh dưỡng:

1. BMI < 20,5 kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	2. Sụt ≥ 5% cân nặng/ tháng	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Ăn giảm ≤ 50%, ≥ 1 tuần	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Bệnh nặng (Chẩn thương số não nặng; bông nặng; bệnh nặng với APACHE > 10d)	<input type="checkbox"/>

Xác định cơ nguy cơ SDD: khi có ≥ 1 yếu tố trên

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

1. Sụt cân trước vào viện/ trong thời gian nằm viện:	Không <input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> 10 kg trong ..... Tháng (.....%)
2. Ăn uống trong 1 tuần trước vào viện/ trong thời gian nằm viện:	Bình thường <input type="checkbox"/> Trên 50% bình thường <input checked="" type="checkbox"/> Dưới 50% bình thường <input type="checkbox"/>
3. Khám:	1. Không <input checked="" type="checkbox"/> 2. Nhẹ/vừa <input checked="" type="checkbox"/> 3. Nặng <input type="checkbox"/>

• Teo lõp mỡ dưới da   
• Teo cơ   
• Phù ngoại vi   
• Bụng bụng

Chú ý: khám cơ: cơ nhị đầu hay cơ tam đầu; cơ vùng thái dương; delta; cơ ngực; tứ đầu đùi

4. Phân loại SGA (Subjective Global Assessment):

- SGA-A (Bình thường): Sụt cân < 5%, ăn uống và khám bình thường
- SGA-B (Suy dinh dưỡng nhẹ/vừa): Sụt cân 5-10%, ăn > 50%, teo mỡ và cơ mức độ nhẹ hay vừa
- SGA-C (SDD nặng): Sụt cân ≥ 10%, ăn < 50%, khám teo mỡ và cơ nặng hay có phù chi, bụng bụng (trừ bệnh gan, thận)

5. Xác định nhu cầu dinh dưỡng: kcal, ..... g đạm, ..... g béo. Chất khác: ..... Hoặc

• 1,45-1,50m	1500-1600 kcal	55-58g đạm	<input type="checkbox"/>
• 1,51-1,55m	1600-1700 kcal	59-62g đạm	<input type="checkbox"/>
• 1,56-1,60m	1700-1800 kcal	63-66g đạm	<input type="checkbox"/>
• 1,61-1,65m	1800-1900 kcal	67-70g đạm	<input type="checkbox"/>
• 1,66-1,70m	1900-2000 kcal	71-74g đạm	<input type="checkbox"/>
• 1,71-1,75m	2000-2100 kcal	75-78g đạm	<input type="checkbox"/>
• >1,75m	2100-2200 kcal	79-82g đạm	<input type="checkbox"/>

6. Phương pháp dinh dưỡng Đường miệng:  Qua ống thông  Qua tĩnh mạch:

7. Hội chẩn dinh dưỡng: Có  Không

Cho bệnh nhân SDD nặng (BMI ≤ 14,0 và/ hoặc SGA-C) và/ hoặc bệnh lý nặng phối hợp (như điều trị hồi sức)

Bác sĩ khám bệnh  
Will  
ThS.BS. Phạm Trọng  
A23 - HD 2011 01.12



# Xây dựng chế độ ăn - BVCR

- Chế độ ăn sau mổ
- Chế độ ăn bệnh lý

**BẢNG TÓM TẮT CÁC LOẠI CHẾ ĐỘ ĂN BỆNH NHÂN TRONG BỆNH VIỆN**  
(Bệnh lý ngoại khoa/ nội)

LOẠI	CHỈ ĐỊNH	DẠNG THỨC ĂN	CÁCH GHI	CAL/O' NGAY	ĐAM	BÉO	ĐƯỜNG	BIỆN GIẢI
Phẫu thuật	GD khò động ruột	Cháo đường xay lỏng	PT01-CH	360 kcal, 250ml *4cữ	4,7g	0,6g	84,5g	K= 280mg, Na= 1600mg
	GD chuyển tiếp 1	Cháo đường xay	PT02-CH	700 kcal, 250ml *4cữ	11,5g	1,3g	160g	K= 850mg, Na= 1700ml
	GD chuyển tiếp 2	Cháo thịt xay	PT03-CHX	970 kcal, 350ml*4 cũ	31g	7,3g	194g	K= 1550mg, Na= 1680ml
	GD hồi phục	Cháo thịt nguyên	PT04-CH	1650kcal, 350ml*4 cũ	63,5g	56g	224g	K= 1800 mg, Na= 2200mg
		Súp thịt xay	PT04-SX	1600kcal, 350ml*4 cũ	70g	47g	228g	K= 2700 mg, Na= 2200mg
Cơm		PT04-C	1800kcal	74g	41g	288g	K= 2100mg, Na= 2000mg	
Đái tháo đường	ĐTĐ đơn thuần	Cơm	DD01-C	1700kcal	70,6g	40,2g	225g	K= 2000 mg, Na=2000 mg
		Cháo thịt nguyên	DD01-CH	1450kcal, 350ml* 4 cũ	63g	54g	179g	K= 2000 mg, Na= 2300 mg
		Súp xay	DD01-SX	1600kcal, 350ml*4 cũ	68,5g	53,5g	213g	K= 2600mg, Na= 2500mg
	ĐTĐ có suy thận độ 1-2	Cơm	DD06-C	1600kcal	46,2g	50,2g	214g	K= 1700 mg, Na= 2400mg
		Súp xay	DD06-SX	1500kcal, 350ml* 4 cũ	45,2g	64,8g	178g	K= 1740 mg, Na= 1650mg
		Cơm	TN07-C	1780 kcal	45g	48g	272g	K=1550mg, Na=1965mg
Suy thận mạn	STM gđ 1-2	Cơm	TN07-C	1780 kcal	45g	48g	272g	K=1550mg, Na=1965mg
		Chè/súp trứng (ăn phụ)	TN07-CH	1350kcal, 3 cũ	45g	51g	179g	K= 1400mg, Na= 2000 mg
		Cháo thịt nguyên	TN07-CH	1350kcal, 3 cũ	45g	51g	179g	K= 1400mg, Na= 2000 mg
		Súp xay	TN07-SX	1400kcal, 350ml * 4 cũ	45g	60g	176g	K= 1585mg, Na= 1772 mg
Bông	GD sóc bông	Cơm	BO01- C	1800kcal	74g	42g	289g	K= 2100 mg, Na= 2000mg
		Cháo nguyên	BO01-CH	1600kcal, 350ml* 4 cũ	63g	50g	232g	K= 2000mg, Na= 2300mg
		Súp xay	BO01-SX	1600kcal, 350ml* 4 cũ	59	51	232g	K= 2750mg, Na= 2350mg
Nhiễm khuẩn	NK cấp Gđ toàn phát	Cơm	NK01-C	1800 kcal	74g	40g	288g	K= 1850mg, Na= 2400mg
		Cháo thịt nguyên	NK01-CH	1650 kcal, 350ml*4 cũ	64,7g	51,5g	232g	K=1865 mg, Na= 2280mg
		Súp xay	NK01- SX	1600 kcal, 350ml* 4 cũ	70g	47g	228g	K= 2740mg, Na= 2575mg
Bồi dưỡng	Suy dinh dưỡng	Cơm	BTOO-C	1800kcal	74g	41g	288g	K= 2100mg, Na= 2000mg
Theo yêu cầu*	Cao năng lượng, đậm	Cơm đặc biệt	BT01-C	2800 kcal	166g	50g	420g	K= 3200mg, Na= 2700mg

**Ghi chú:**

- Ăn Thông thường: 3 bữa ăn trong ngày. Giá tiền 42.000đ/ngày
- Ăn bệnh lý: 3 bữa ăn cho chế độ cơm (riêng bệnh lý thận có 1 bữa ăn phụ), hoặc 4 bữa ăn cho chế độ ăn lỏng. Giá tiền 50.000đ/
- Ăn theo yêu cầu: Thực đơn sẽ được thiết kế riêng theo yêu cầu của bệnh nhân, bệnh lý và thể trạng của bệnh nhân. Giá tiền tối đ 135.000đ/ngày



# KHOA NGOẠI: Xây dựng các protocol chuẩn bị - chăm sóc trước / sau mổ

## 6. Dặn dò sau xuất viện:

- Bệnh nhân xuất viện sẽ có:
  - + Giấy ra viện
  - + Toa thuốc (nếu có)
  - + Giấy hẹn tái khám các chuyên khoa (Ngoại tiêu hoá, Ung bướu...)
  - + Biên lai đóng tiền viện phí
  - + Kết quả Giải phẫu bệnh sau mổ nếu đã có. Nếu chưa có thì sẽ lấy kết quả khi tái khám tại phòng khám Ngoại tiêu hoá.
- Uống thuốc theo toa. Ăn thức ăn mềm, lỏng sau khi xuất viện 1 tuần. Sau đó, ăn uống lại bình thường.
- Tái khám theo giấy hẹn. Các bệnh nhân ung thư sẽ được hỏi chẩn để có phác đồ điều trị hoá trị hoặc xạ trị
- Bệnh nhân được tái khám định kỳ với khoa Ngoại tiêu hoá và Ung bướu mỗi tháng trong 6 tháng đầu, mỗi 3 tháng trong 2 năm tiếp theo, mỗi 6 tháng trong 5 năm tiếp theo.

## KHOA NGOẠI TIÊU HOÁ

### Thông tin liên hệ:

**Bệnh viện Chợ Rẫy**  
 2018 Nguyễn Chí Thanh, Phường 12, Quận 5, TP.HCM  
 Website: www.choray.vn  
 Khoa Ngoại Tiêu Hóa (8B1)  
 Tel: 028 38554137 (xin số 1401)  
 Phòng khám Ngoại tiêu hoá (số 36) / phòng khám Hậu môn - trực tràng:  
 Lầu 1, khu 8, Bệnh viện Chợ Rẫy



Hệ thống Phẫu thuật robot davinci si hiện đại



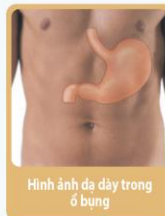
**BỆNH VIỆN CHỢ RẪY**  
**KHOA NGOẠI TIÊU HOÁ**

## THÔNG TIN HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY DO UNG THƯ



Với các bệnh nhân đã có hoá xạ trị trước mổ, cần chuẩn bị các giấy tờ sau khi hội chẩn duyệt mổ:

- Các kết quả xét nghiệm trước khi hoá xạ trị: gồm Nội soi đại tràng, sinh thiết giải phẫu bệnh, CT scan (hoặc MRI, PET nếu có), biên bản hội chẩn ung bướu và giấy hẹn hoá xạ trị.
- Các kết quả sau hoá xạ trị (khi hội chẩn): gồm Nội soi đại tràng, CT scan (hoặc MRI, PET nếu có)



Hình ảnh dạ dày trong ổ bụng



Hình ảnh nội soi ung thư dạ dày

## Một số thông tin hướng dẫn bệnh nhân

### 1. Ngày trước mổ:

- Tập vận động, hít thở sâu, bỏ thuốc lá trước mổ ít nhất 2 tuần.
- Nhịn ăn, chỉ uống nước đường. Có thể uống 200-300ml nước đường, chia làm 2-3 lần / ngày.
- Uống thuốc xổ làm sạch ruột: Bệnh nhân sẽ có 2 gói Fortrans pha 2 lít nước uống. Trường hợp bệnh nhân đã có ống mở hồng tràng nuôi ăn, thuốc xổ sẽ được bơm qua ống. Với ung thư dạ dày sớm có thể chỉ cần bơm Fleet enema qua hậu môn trước mổ.
- Nếu trường hợp bệnh nhân có tình trạng hẹp môn vị, bệnh nhân phải nhịn ăn uống hoàn toàn, có thể phải đặt thông mũi dạ dày hoặc phải rửa dạ dày trước mổ để làm sạch lòng dạ dày).
- Bệnh nhân mặc trang phục mổ, đeo vòng tay và băng tên có thông tin về: tên bệnh nhân, tuổi, chẩn đoán bệnh, phẫu thuật viên, ngày mổ, tiền căn dị ứng thuốc nếu có.

### 2. Ngày phẫu thuật:

- Nhịn ăn, uống.
- Truyền dịch

### 3. Ngày thứ nhất sau mổ:

- Các vết mổ ở bụng thường sẽ đau nhẹ (bệnh nhân đã có thuốc giảm đau sau mổ). Trường hợp đau nhiều, có thể yêu cầu chích thêm thuốc giảm đau.
- Có thể rút ống thông mũi - dạ dày (một số trường hợp đặc biệt vẫn giữ lại ống thông mũi dạ dày lâu hơn)
- Bệnh nhân tập ngồi dậy tại giường và có thể nháp môi ít nước lọc hoặc nước đường.

### 4. Ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 sau mổ:

- Tập ngồi dậy, vận động, đi lại (dưới sự hỗ trợ của người nhà).
- Có thể uống nước, sữa. Khi bệnh nhân xì hơi được thì có thể ăn cháo xay, súp xay và sữa theo y lệnh bác sĩ phẫu thuật hoặc bác sĩ điều trị bệnh tại phòng.
- Chú ý khi ăn uống: Cẩn ngồi dậy hoặc nằm đầu cao. Uống chậm để tránh hít sặc vào phổi gây viêm phổi hít để dẫn đến tử vong. Sau khi ăn, uống cần nằm đầu cao hoặc ngồi từ 30 - 60 phút.

### 5. Bệnh nhân ổn định có thể:

- Xuất viện (về nhà)
- Hoặc chuyển cơ sở 2 của BV Chợ Rẫy
- Hoặc chuyển về bệnh viện tuyến tỉnh

# KHOA NGOẠI: Xây dựng các protocol chuẩn bị - chăm sóc trước / sau mổ

## 6. Dặn dò sau xuất viện:

- Bệnh nhân xuất viện sẽ có:
  - + Giấy ra viện
  - + Toa thuốc (nếu có)
  - + Giấy hẹn tái khám các chuyên khoa (Ngoại tiêu hoá, Ung bướu...)
  - + Biên lai đóng tiền viện phí
  - + Kết quả Giải phẫu bệnh sau mổ nếu đã có. Nếu chưa có thì sẽ lấy kế quả khi tái khám tại phòng khám Ngoại tiêu hoá.
- Uống thuốc theo toa. Ăn thức ăn mềm, lỏng sau khi xuất viện 1 tuần. Sau đó, ăn uống lại bình thường.
- Tái khám theo giấy hẹn. Các bệnh nhân ung thư sẽ được hội chẩn để có phác đồ điều trị hoá trị hoặc xạ trị
- Bệnh nhân được tái khám định kỳ với khoa Ngoại tiêu hoá và Ung bướu mỗi tháng trong 6 tháng đầu, mỗi 3 tháng trong 2 năm tiếp theo, mỗi 6 tháng trong 5 năm tiếp theo.

## KHOA NGOẠI TIÊU HÓA

### Thông tin liên hệ:

**Bệnh viện Chợ Rẫy**  
 201B Nguyễn Chí Thanh, Phường 12, Quận 5, Tp.HCM  
 Website: www.choray.vn  
**Khoa Ngoại Tiêu Hóa (4B1)**  
 Tel: 028 38554137 xin số 1401  
**Phòng khám Ngoại tiêu hoá (số 36) / phòng khám Hậu môn - trực tràng:**  
 Lầu 1, khu B, Bệnh viện Chợ Rẫy



Hệ thống Phẫu thuật robot davinci si hiện đại



**BỆNH VIỆN CHỢ RẪY**  
**KHOA NGOẠI TIÊU HÓA**

## THÔNG TIN HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT ĐẠI TRỰC TRÀNG DO UNG THƯ



Hệ thống Phẫu thuật robot davinci si hiện đại



**BỆNH VIỆN CHỢ RẪY**  
**KHOA NGOẠI TIÊU HÓA**

## THÔNG TIN HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN DO UNG THƯ



- Bệnh nhân được tái khám định kỳ với khoa Ngoại tiêu hoá và Ung bướu mỗi tháng trong 6 tháng đầu, mỗi 3 tháng trong 2 năm tiếp theo, mỗi 6 tháng trong 5 năm tiếp theo.

## KHOA NGOẠI TIÊU HÓA

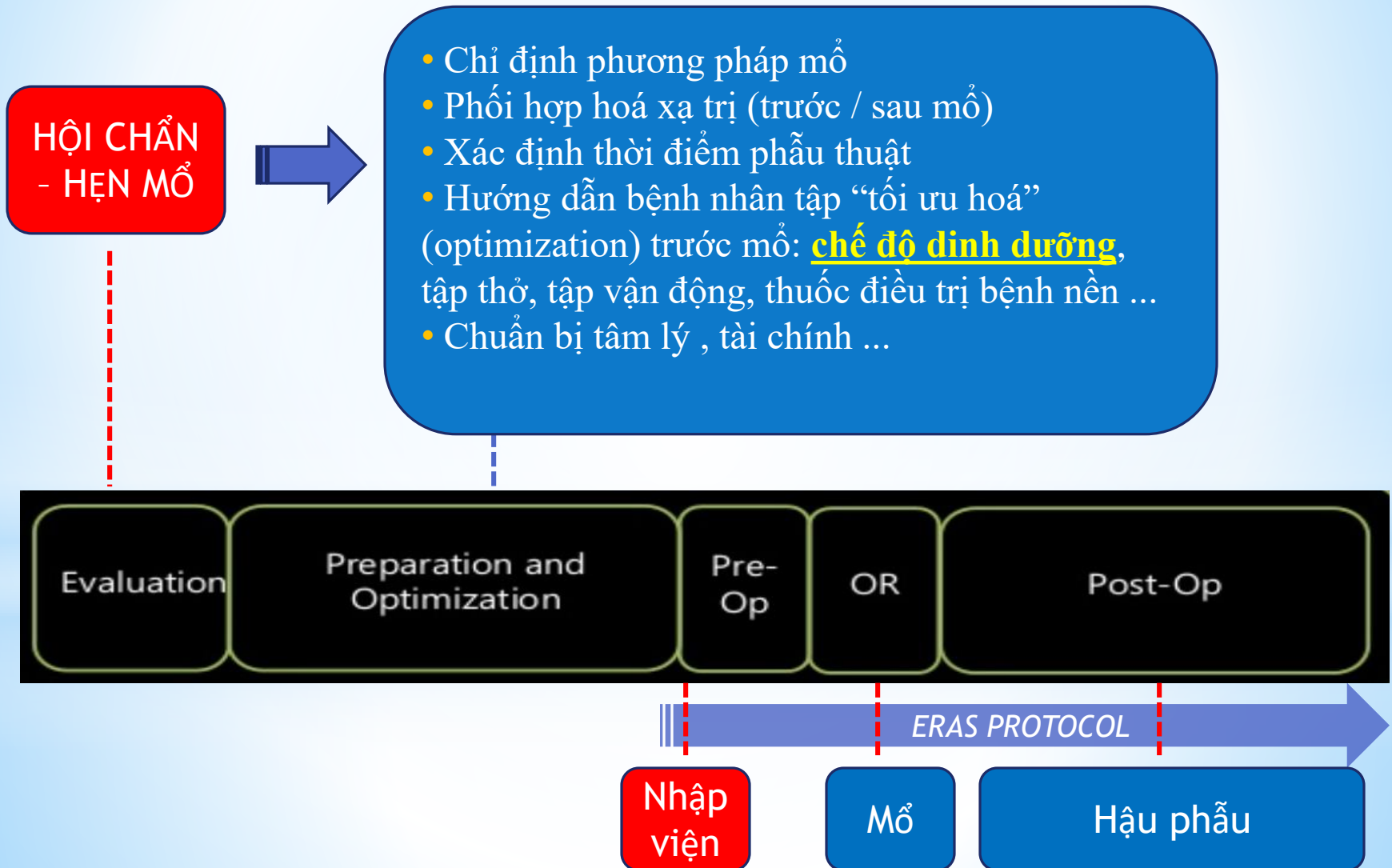
### Thông tin liên hệ:

**Bệnh viện Chợ Rẫy**  
 201B Nguyễn Chí Thanh, Phường 12, Quận 5, Tp.HCM  
 Website: www.choray.vn  
**Khoa Ngoại Tiêu Hóa (4B1)**  
 Tel: 028 38554137 xin số 1401  
**Phòng khám Ngoại tiêu hoá (số 36) / phòng khám Hậu môn - trực tràng:**  
 Lầu 1, khu B, Bệnh viện Chợ Rẫy





# Quy trình chuẩn bị BN mổ chương trình – Khoa ngoại tiêu hoá



# Những thuận lợi...

- Chủ trương của Ban Giám đốc BV
- Hợp tác tốt PTV – gây mê hồi sức – bs Dinh dưỡng
- Quy trình đầy đủ, hệ thống quản lý bằng phần mềm
- Chế độ ăn bệnh lý có sẵn (do bệnh viện thực hiện)
- Dụng cụ thiết bị đầy đủ: ống nuôi ăn, túi nuôi ăn, bơm điện
- Các PT tiêu hoá hầu hết thực hiện bằng PT xâm lấn tối thiểu (nội soi, robot ...)

# Những khó khăn, tồn tại ...

- Chưa đồng bộ trong qui trình ERAS: giảm đau tốt sau mổ, rút tube levine, ống dẫn lưu, PT nội soi ...
- Thay đổi “thói quen” của PTV
- Hạn chế các chế phẩm nuôi ăn EN có sẵn (đóng hộp, chai): carbohydrate, protein containing drink, Glutamin ...
- Các nghiên cứu so sánh về EEN tại Việt Nam



# Ca lâm sàng

Bn Nguyễn T. C. 1995 (26 tuổi) Nam

Địa chỉ: Krongpac, Daklak

Vào viện: 22/5/2021

Chẩn đoán: Rò tá tràng sau mổ

Lần 1: 16/5/21 (Bv tphcm) Vỡ tá tràng D1-2, vỡ đại tràng ngang → khâu tá tràng, DL tá tràng D1 ra da, cắt môn vị nối vị tràng Roux en y, HMNT ĐTN, mở hồng tràng nuôi ăn

Lần 2: 26/5/21 (BVCR) HPN10 VPM xì chỗ khâu tá tràng, xì chân hồng tràng nuôi ăn → Khâu rò tá tràng, đưa chỗ xì hồng tràng ra da (2 đầu)



# Ca lâm sàng

Lần 3: 3/6/21(BVCR) HPN18 VPM do xì chỗ khâu và dẫn lưu tá tràng, thiếu máu ĐTP → khâu lỗ xì gối trên tá tràng, nối tá - hỗng tràng Roux-en-y (Double Roux-en-y). Cắt ĐTP làm HMNT. Mở hỗng tràng nuôi ăn.

HP N5: tiếp tục rò khu trú tá tràng ra da và vết mổ (<500ml/24h)



# Ca lâm sàng

Điều trị: Hội chẩn DINH DƯỠNG

- Kháng sinh, dịch truyền
- Dán túi áp lực âm hút rò vết mổ
- Dinh dưỡng tĩnh mạch
- Nuôi ăn qua sonde hồng tràng
- Cho ăn đường miệng (sữa, soup)
- Truyền hoàn hồi dịch rò tá tràng
- Tập VLTL

29/6/21: xuất viện sau 3 tuần điều trị

- Hết rò , vết mổ khô
- BN ăn được
- Tự đi lại vận động
- Các chỉ số dinh dưỡng cải thiện



# KẾT LUẬN

- \* Dinh dưỡng sớm đường tiêu hoá (EEN) là khả thi và an toàn cho các bệnh nhân phẫu thuật tiêu hoá: rút ngắn thời gian nằm viện, giảm biến chứng và tử vong
- \* Để tối ưu hoá EEN cần song song triển khai đồng bộ các qui trình ERAS + chuẩn bị BN trước mổ
- \* “Team work” – phối hợp nhóm làm việc: PTV, dinh dưỡng, Gây mê hồi sức, nội khoa, điều dưỡng ... giúp mang lại kết quả điều trị tốt nhất.



G  
Â  
Y  
M  
Ê

PTV

HỒI SỨC

BS dinh dưỡng



**Thank you!**