

Đánh giá kết quả cho bệnh nhân ăn sớm sau cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan

Evaluation of the results of patient's early eating after hepatectomy for hepatocellular carcinoma

Nguyễn Thị Xuân Linh, Nguyễn Thị Kim Dung,
Nguyễn Hồng Trang, Nguyễn Thị Hiền, Lê Thu Hiền,
Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cho ăn sớm sau phẫu thuật cắt gan ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 04 năm 2022, có 123 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật cắt gan. 60 bệnh nhân cho ăn khi có trung tiện (Giai đoạn 1: nhóm cho ăn truyền thống); 63 bệnh nhân được cho ăn sau mổ 6 giờ (Giai đoạn 2 nhóm cho ăn sớm). So sánh giữa hai nhóm: Đặc điểm bệnh nhân, thời gian trung tiện, buồn nôn, nôn, số ngày nằm viện, prothrombin, bilirubin toàn phần, GOT, GPT sau mổ ngày 1, 3, 5, 7, biến chứng sau mổ. **Kết quả:** Thời gian trung tiện, số ngày nằm viện sau mổ đều ngắn hơn ở nhóm cho ăn sớm so với nhóm truyền thống một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bilirubin toàn phần ở nhóm cho ăn sớm thấp hơn sau mổ ngày 3 và 5 ($p < 0,05$); GOT và GPT ở cả hai nhóm tăng cao hơn sau mổ ngày 1 nhưng đã giảm ở ngày 3, 5 và 7. Không có sự khác biệt nào ở chỉ số albumin, prothrombin và tỷ lệ biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Nhóm cho ăn sớm tốt hơn ở sự hồi phục lưu thông đường tiêu hoá, chức năng gan và thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn; không có sự khác biệt nào ở chỉ số dinh dưỡng và tỷ lệ biến chứng sau mổ so với nhóm cho ăn truyền thống.

Từ khóa: Cho ăn sớm, cắt gan, ung thư biểu mô tế bào gan.

Summary

Objective: To evaluate the results of patient's early eating after hepatectomy for hepatocellular carcinoma (HCC). **Subject and method:** From May 2021 to April 2022, 123 patients with HCC underwent hepatectomy. Sixty patients took diet postoperative flatus-pass (Stage 1: conventional diet group); 63 patients took early diet postoperative 6 hours (Stage 2: early diet group. Comparison between the two groups: Patient characteristics, flatus-pass time, nausea, vomiting, admission days, postoperative day (POD) 1, 3, 5, 7 profiles of albumin, prothrombin, total bilirubin, GOT, GPT, and postoperative complications. **Result:** Flatus-pass time and postoperative admission days were shorter in the early diet group compared with the conventional diet group, statistically significant ($p < 0.05$). Total bilirubin levels were lower at POD#3 and 5 in the early diet group; GOT and GPT levels were higher at POD#1 but lower at POD#3, 5, and 7. There were no significant differences in albumin, prothrombin, and postoperative complication rates. **Conclusion:** Early diet group has better gastrointestinal motility recovery, liver function recovery, and shorter postoperative admission days; no difference in nutritional recovery and postoperative complication rates compared to the conventional diet group.

Ngày nhận bài: 19/8/2022, ngày chấp nhận đăng: 3/10/2022

Người phản hồi: Vũ Văn Quang, Email: quangptth108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Keywords: Early nutrition, hepatectomy, hepatocellular carcinoma.

1. Đặt vấn đề

Ung thư biểu mô tế bào gan là bệnh ác tính thường gặp, theo GLOBOCAN (2020), có tới 905.667 trường hợp mới mắc, là nguyên nhân gây tử vong cho 830.180 bệnh nhân (BN), đứng thứ 2 trong các loại ung thư [1]. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất liên quan tới tình trạng viêm gan virus B, năm 2020 có 26.418 người mắc mới và 25.272 người tử vong cho thấy việc kiểm soát và điều trị bệnh này còn hết sức khó khăn [1].

Phẫu thuật cắt gan hiện nay được coi là phương pháp điều trị triệt căn ung thư biểu mô tế bào gan. Những thay đổi sinh lý bệnh xảy ra sau khi cắt gan rất phức tạp; đặc biệt là phần gan còn lại không những phải phục hồi mà còn phải bù đắp các chức năng của phần gan đã cắt bỏ. Hỗ trợ dinh dưỡng sau phẫu thuật giúp thúc đẩy sự phục hồi sớm của bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật cắt gan. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh dinh dưỡng sớm có thể tránh được tình trạng rối loạn chức năng đường ruột, ngăn ngừa teo niêm mạc đường tiêu hóa, duy trì khả năng miễn dịch và bảo tồn hệ vi khuẩn đường ruột bình thường, thúc đẩy bài tiết hormone tiêu hóa, nhiễm khuẩn... [2], [3], [4], [5].

Việc ứng dụng nuôi ăn sớm qua đường tiêu hóa trong vòng 24 giờ đầu sau mổ đã được chứng minh giúp giảm biến chứng sau mổ, số ngày nằm viện và tỷ lệ tử vong so với cho ăn sau 24 giờ hậu phẫu [3], [6].

Quan điểm trước kia không cho bệnh nhân ăn sớm qua đường tiêu hóa trong giai đoạn sau phẫu thuật, bệnh nhân phải nhịn ăn và nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch cho đến khi có trung tiện. Việc này đòi hỏi một chi phí lớn cho điều trị do phải bù đủ đạm, nước, điện giải và đảm bảo đủ lượng calo cần thiết để nuôi dưỡng cơ thể. Hơn nữa, một số bệnh nhân có thời gian trung tiện muộn, thời kỳ liền vết thương kéo dài nguy cơ suy dinh dưỡng càng tăng cao [2], [3], [4].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào ứng dụng kỹ thuật, cũng như đánh giá kết quả phẫu thuật, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả cho ăn sớm sau phẫu thuật cắt gan. Vì vậy, với mục đích nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan được tốt hơn góp phần nâng cao hiệu quả của điều trị, đề tài thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá kết*

quả cho bệnh nhân ăn sớm sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 123 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật cắt gan, từ tháng 05 năm 2021 đến tháng 04 năm 2022, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Giai đoạn 1: Cho ăn khi có trung tiện (nhóm cho ăn truyền thống).

Giai đoạn 2: Áp dụng cho ăn sớm sau 6 giờ phẫu thuật (nhóm cho ăn sớm).

Quy trình

Nhóm cho ăn truyền thống (Giai đoạn 1): Các bệnh nhân bắt đầu cho ăn thực đơn xay mềm sau khi đã có trung tiện, nếu tình trạng lưu thông tiêu hoá ổn định cho ăn uống bình thường.

Nhóm cho ăn sớm (Giai đoạn 2): Sau mổ bệnh nhân được theo dõi, tỉnh, tự thở hoàn toàn, cho uống nước ngay sau khi trở về khoa từ phòng hồi tỉnh, cho ăn 200ml thức ăn được xay mềm trong vòng 6 giờ đầu sau phẫu thuật. Tiếp tục chế độ dinh dưỡng xay mềm cho tới khi trung tiện hoặc dùng, giảm ăn khi có các triệu chứng chướng bụng, buồn nôn và nôn. Ăn nhiều bữa trong ngày, chia nhỏ lượng thức ăn, ăn chậm, nhai kỹ, ăn tăng dần protein và calo. Thực hiện ăn uống bình thường sau trung tiện.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân, thời gian trung tiện, buồn nôn, nôn, sự xuất hiện của chướng bụng. Kiểm tra các chỉ số albumin, prothrombin, bilirubin toàn phần, GOT, GPT vào thời điểm sau mổ ngày 1, 3, 5, 7 (POD#1, 3, 5, 7) để đánh giá sự phục hồi chức năng gan và tình trạng dinh dưỡng. Ngoài ra, nghiên cứu còn so sánh biến chứng sau mổ và số ngày nằm viện giữa hai nhóm.

2.3. Xử lý số liệu

Tất cả số liệu trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng các thuật toán thống

kê để tính giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn. Sự khác biệt $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	Nhóm cho ăn sớm (n = 63)	Nhóm cho ăn truyền thống (n = 60)	p
Giới tính (Nam/nữ)	48/15	47/13	0,779
Tuổi	55,48 ± 13,40	56,83 ± 10,82	0,539
Viêm gan virus, n (%)			
HBV	50 (79,4)	48 (80,0)	0,931
HCV	3 (4,8)	6 (10,0)	0,269
Loại phẫu thuật, n (%):			
Cắt gan lớn	19 (30,2)	36 (60,0)	0,001
Cắt gan nhỏ	44 (69,8)	24 (40,0)	
Thời gian phẫu thuật (phút)	162,7 ± 71,0 (40-400)	174,3 ± 50,5 (60-300)	0,011
Lượng máu mất (ml)	263,1 ± 191,0 (50-1000)	250 ± 261 (20-1700)	0,758
Số BN phải truyền máu trong mổ, n, (%)	4 (6,3)	4 (6,7)	0,944

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy: Không có sự khác biệt nào ở giới tính, tuổi, tỷ lệ viêm gan. Tuy nhiên, loại cắt gan, thời gian phẫu thuật đã được xác nhận là dài hơn đáng kể ở nhóm cho ăn sớm với giá trị trung bình là $162,7 \pm 71,0$ phút, so với $174,3 \pm 50,5$ phút ($p = 0,011$).

3.2. Sự phục hồi lưu thông đường tiêu hoá số ngày nằm viện sau mổ

Bảng 2. Sự phục hồi lưu thông đường tiêu hoá và số ngày nằm viện sau mổ

Đặc điểm	Nhóm cho ăn sớm (n = 63)	Nhóm cho ăn truyền thống (n = 60)	Giá trị p
Trung tiện (ngày)	1,68 ± 0,94 (0,2-3,6)	2,21 ± 0,76 (0,8-3,2)	0,001
Buồn nôn, n (%)	8 (12,7)	6 (10,0)	0,641
Nôn, n (%)	2 (3,2)	0	0,167
Bụng chướng, n (%)	10 (15,8)	7 (11,7)	0,503
Số ngày nằm viện sau mổ (ngày)	5,9 ± 2,6 (3-14)	8,5 ± 1,8 (5-15)	0,001

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy: Nhóm cho ăn sớm có thời gian trung tiện sớm hơn ($1,68 \pm 0,94$ ngày so với $2,21 \pm 0,76$ ngày, $p=0,001$) và số ngày nằm viện sau mổ ngắn hơn ($5,9 \pm 2,6$ ngày so với $8,5 \pm 1,8$ ngày, $p=0,001$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể nào về triệu chứng buồn nôn, nôn và bụng chướng.

3.3. Xét nghiệm chức năng gan

Bảng 3. Xét nghiệm chức năng gan

Xét nghiệm chức năng gan	Nhóm cho ăn sớm (n = 63)	Nhóm cho ăn truyền thống (n = 60)	Giá trị p
Prothrombin (%):			
- Trước mổ	$92,7 \pm 15,3$	$91,5 \pm 16,9$	0,094
- Sau mổ ngày 1	$76,0 \pm 15,6$	$70,3 \pm 11,5$	0,085
- Sau mổ ngày 3	$76,6 \pm 20,1$	$73,2 \pm 12,7$	0,294
- Sau mổ ngày 5	$78,7 \pm 12,8$	$74,5 \pm 12,1$	0,171
- Sau mổ ngày 7	$78,1 \pm 16,6$	$79,2 \pm 14,3$	0,857
Bilirubin toàn phần ($\mu\text{mol/L}$):			
- Trước mổ	$20,0 \pm 30,8$	$21,2 \pm 31,2$	0,673
- Sau mổ ngày 1	$22,4 \pm 10,9$	$22,9 \pm 9,9$	0,785
- Sau mổ ngày 3	$20,8 \pm 13,8$	$30,8 \pm 18,2$	0,046
- Sau mổ ngày 5	$19,5 \pm 11,5$	$26,9 \pm 15,6$	0,038
- Sau mổ ngày 7	$18,1 \pm 8,0$	$25,3 \pm 9,9$	0,352
GOT (UI/L):			
- Trước mổ	$48,7 \pm 48,6$	$44,2 \pm 42,5$	0,094
- Sau mổ ngày 1	$359,8 \pm 219,5$	$425,8 \pm 329,5$	0,027
- Sau mổ ngày 3	$183,0 \pm 176,7$	$155,9 \pm 112,9$	0,338
- Sau mổ ngày 5	$75,3 \pm 46,6$	$85,1 \pm 112,4$	0,599
- Sau mổ ngày 7	$67,4 \pm 36,3$	$76,9 \pm 77,1$	0,409
GPT (UI/L):			
- Trước mổ	$44,5 \pm 27,3$	$39,9 \pm 28,5$	0,207
- Sau mổ ngày 1	$349,1 \pm 241,9$	$391,1 \pm 292,5$	0,390
- Sau mổ ngày 3	$314,9 \pm 267,3$	$332,0 \pm 296,8$	0,750
- Sau mổ ngày 5	$205,6 \pm 160,7$	$185,7 \pm 165,0$	0,579
- Sau mổ ngày 7	$221,5 \pm 409,0$	$150,5 \pm 87,6$	0,516
Albumin (g/l)			
- Trước mổ	$41,2 \pm 0,48$	$40,3 \pm 0,34$	0,324
- Sau mổ ngày 1	$35,3 \pm 0,44$	$33,1 \pm 0,37$	0,482
- Sau mổ ngày 3	$33,6 \pm 0,42$	$31,9 \pm 0,32$	0,434
- Sau mổ ngày 5	$34,7 \pm 0,33$	$33,2 \pm 0,43$	0,362
- Sau mổ ngày 7	$38,1 \pm 0,45$	$37,6 \pm 0,38$	0,357

Nhận xét: Không có sự khác biệt đáng kể nào giữa 2 nhóm ở chỉ số prothrombin. Tuy nhiên bilirubin toàn phần có sự khác nhau ở POD#3 và POD#5 với $p<0,05$. Giá trị GOT và GPT ở cả hai nhóm là cao hơn ở POD#0, nhưng sau đó đã giảm ở POD#3, 5 và 7.

3.4. Biến chứng

Bảng 4. Biến chứng

Biến chứng	Cho ăn sớm (n = 63)	Cho ăn truyền thống (n = 60)	p
Chảy máu, n (%)	1 (1,6)	0	0,331
Rò mật, n (%)	1 (1,6)	2 (3,3)	0,534
Tràn dịch màng phổi, n (%)	2 (3,2)	3 (5,0)	0,612
Áp xe trong ổ bụng, n (%)	0	1 (1,7)	0,307
Nhiễm khuẩn vết mổ	1 (1,6)	2 (3,3)	0,534

Nhận xét: Biến chứng sau mổ gặp ở nhóm cho ăn sớm 05 bệnh nhân chiếm 8%, nhóm cho ăn truyền thống 8 bệnh nhân chiếm 13,3%; không có trường nào tử vong sau mổ và biến chứng suy gan. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4. Bàn luận

Chương trình tăng cường phục hồi sớm sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS) đã được áp dụng rất rộng rãi tại các trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới, đem lại kết quả tốt trong nhiều chuyên ngành trong đó có phẫu thuật cắt gan. Đây là các phương pháp với sự tham gia của các chuyên gia thuộc nhiều chuyên khoa, với mục tiêu đem lại chăm sóc toàn diện bệnh nhân trong giai đoạn trước, trong và sau phẫu thuật nhằm rút ngắn thời gian nằm viện, nâng cao chất lượng điều trị, giảm tỷ lệ biến chứng và giảm chi phí điều trị [7], [8]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh, bệnh nhân phẫu thuật được thực hiện theo ERAS thường được ra viện từ 2-5 ngày sau phẫu thuật, thay vì phải nằm viện kéo dài từ 7-10 ngày như trước đây. Đồng thời áp dụng ERAS giúp giảm thời gian chăm sóc của nhân viên y tế 30%, giảm biến chứng sau phẫu thuật 50% [7], [8].

Bệnh viện TWQĐ 108 là bệnh viện đa khoa, chuyên khoa sâu với thể mạnh là có cơ sở hạ tầng rất tốt, trang thiết bị máy móc hiện đại, nguồn nhân lực chất lượng cao và được đào tạo bài bản. Số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị ngày một tăng, trung bình 250 trường hợp mỗi năm. Nhằm mục đích chuẩn bị tốt cho việc triển khai ERAS trong phẫu thuật cắt gan, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả cho ăn sớm so với

nhóm cho ăn truyền thống ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan.

Nghiên cứu cho thấy: Nam giới ở cả hai nhóm chiếm đa số với nhóm cho ăn sớm là 48 bệnh nhân còn nhóm cho ăn truyền thống là 47 bệnh nhân; không có sự khác biệt nào về tuổi, và tỷ lệ viêm gan. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Lee (2012) tại Hàn Quốc khi so sánh giữa hai nhóm cho thấy: Nam giới chiếm đa số (37/42 bệnh nhân và 54/60 bệnh nhân), tuổi trung bình ($53,9 \pm 11,6$ và $54,4 \pm 7,4$), viêm gan B chiếm đa số trên 90% ở cả hai nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [3].

Bảng 1, cho thấy thời gian phẫu thuật ở nhóm cho ăn sớm ngắn hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,011$) so với nhóm cho ăn truyền thống ($162,7 \pm 71,0$ phút và $174,3 \pm 50,5$ phút). Không có sự khác biệt về lượng máu mất và số bệnh nhân phải truyền máu trong mổ giữa hai nhóm ($246,1 \pm 195,8$ ml và 250 ± 261 ml; 6,3% và 6,7%).

Theo tác giả Lee (2012): Thời gian phẫu thuật ở nhóm cho ăn truyền thống ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cho ăn sớm với $p = 0,012$ [3]. Kwaguchi (2015): Nhóm cho ăn sớm thời gian phẫu thuật trung bình là: $429,1 \pm 156,8$ phút, nhóm cho ăn truyền thống: $435 \pm 137,1$ phút; tỷ lệ bệnh nhân cần truyền máu cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi ở cả hai nhóm (25% và 16,1%), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [4].

Các triệu chứng buồn nôn, nôn và bụng chướng được phát hiện nhiều hơn ở nhóm cho ăn sớm so với nhóm bệnh nhân cho ăn truyền thống (12,7%, 3,2% và 15,8% so với 10%, 0% và 11,7%). Tuy nhiên, sự phục hồi lưu thông đường tiêu hoá ở bệnh nhân với dinh dưỡng sớm đường tiêu hoá là tốt hơn trong giai đoạn đầu, thể hiện qua thời gian bắt đầu có

trung tiện sớm hơn trung bình là: $1,68 \pm 0,94$ ngày so với $2,21 \pm 0,76$ ngày. Kết quả là số ngày nằm viện của nhóm bệnh nhân này được rút ngắn đi trung bình là $5,9 \pm 2,6$ ngày.

Nghiên cứu của tác giả Lee (2012) cho thấy: Thời gian trung tiện và thời gian đại tiện ở nhóm cho ăn sớm ngắn hơn so với nhóm cho ăn truyền thống ($3,0 \pm 0,9$ ngày và $4,6 \pm 1,5$ ngày so với $3,8 \pm 1,2$ ngày và $6,10 \pm 1,6$ ngày) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian nằm viện ở nhóm cho ăn sớm cũng ngắn hơn với $11,4 \pm 3,6$ ngày [3].

Các thống kê đã chỉ ra rằng tỷ lệ bụng chướng ở nhóm cho ăn sớm cao hơn đáng kể so với nhóm cho ăn truyền thống [2], [3], [4]. Tuy nhiên, các triệu chứng chướng bụng thường tương đối nhẹ; có thể làm giảm triệu chứng này bằng cách tăng dần lượng chất dinh dưỡng được đưa vào cơ thể và vận động sớm. Ngoài ra, chi phí trung bình hàng ngày của cho ăn sớm thấp hơn đáng kể so với chi phí trung bình hàng ngày của nhóm cho ăn truyền thống; do đó, phù hợp với các nguyên tắc kinh tế, giảm chi phí y tế và gánh nặng tài chính cho bệnh nhân [3], [4], [5].

Triệu chứng buồn nôn, nôn và liệt ruột đa số bị ảnh hưởng bởi thuốc giảm đau. Một số nghiên cứu sử dụng các thuốc giảm đau đường tĩnh mạch thay vì giảm đau ngoài màng cứng do nguy cơ chảy máu gây ra ở các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan khi tiến hành phẫu thuật cắt gan [2], [3]. Tuy nhiên, trung tâm chúng tôi sử dụng thuốc giảm đau ngoài màng cứng cho tất cả các bệnh nhân có chỉ định cắt gan và chức năng đông máu bình thường, đồng thời kết hợp với các loại giảm đau đường tĩnh mạch cho thấy an toàn và hiệu quả, giúp quá trình hồi phục của bệnh nhân được tốt hơn.

Một tác dụng khác của dinh dưỡng sớm đường tiêu hóa là giảm đáng kể bilirubin toàn phần. Việc áp dụng chế độ ăn sớm đã được chứng minh giúp thúc đẩy bài tiết mật, số lượng của nghiên cứu này là phù hợp với cơ chế sinh lý, xét nghiệm bilirubin toàn phần ngày thứ 3 và 5 khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm cho ăn truyền thống ($p < 0,05$). Mặc dù giá trị GOT và GPT ở cả hai nhóm đều tăng sau phẫu thuật, nhưng giảm dần ở ngày hậu phẫu 3, 5 và 7.

Các nghiên cứu đã chứng minh dinh dưỡng sớm qua đường tiêu hóa không những giúp đẩy nhanh

quá trình tăng sinh tế bào gan mà còn giúp bảo vệ tế bào gan. Trong quá trình cắt gan, do thiếu máu cục bộ, tái tưới máu và ứ mật làm tổn thương nhanh chóng biểu mô ống mật, trong khi dinh dưỡng qua đường ruột có xu hướng ngăn ngừa sự ứ đọng mật. Kết quả của những tác dụng này ngoài việc giảm các biến chứng nhiễm khuẩn, tần suất suy gan nặng và các biến chứng liên quan đến gan nói chung có xu hướng thấp hơn ở nhóm dinh dưỡng qua đường ruột sớm. Ngoài ra, các yếu tố dinh dưỡng xâm nhập vào gan trong quá trình cho ăn sớm, thúc đẩy lưu thông máu trong hệ thống tĩnh mạch cửa và cho phép các tế bào gan nhận được sự hỗ trợ đầy đủ hơn về chất dinh dưỡng. Cho ăn sớm còn thúc đẩy sự phục hồi của bài tiết hormone góp phần vào quá trình trao đổi chất của tế bào gan [3], [4], [10].

Theo nghiên cứu của tác giả Huang (2012) và Gao (2015): Nồng độ prealbumin huyết tương ở nhóm cho ăn sớm cao hơn ở nhóm cho ăn truyền thống. Những phát hiện này cho thấy trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật cắt gan, chất dinh dưỡng do ăn sớm cung cấp có thể được hấp thụ hoàn toàn trong ruột và đẩy nhanh quá trình phục hồi chức năng tiêu hóa và thúc đẩy quá trình tổng hợp và chuyển hóa protein ở gan. Ngược lại, nếu bệnh nhân chỉ được truyền thì sẽ không thể huy động các hormone khác nhau liên quan đến chuyển hóa, đặc biệt là các hormone đường tiêu hóa [5], [8].

Tỷ lệ biến chứng ở nhóm cho ăn sớm thấp hơn nhóm truyền thống (8% so với 13,3%); biến chứng chủ yếu gặp ở cả hai nhóm là tràn dịch màng phổi (3,2% so với 5%), nhiễm khuẩn vết mổ (1,6% so với 3,3%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu nhỏ và tỷ lệ biến chứng thấp.

Nghiên cứu của Lee và cộng sự (2012) cho thấy: Biến chứng nhiễm khuẩn và không nhiễm khuẩn (rò mật, tràn dịch màng phổi, cổ trướng) ở nhóm cho ăn sớm thấp hơn (2,4%, 9,3% so với 5%, 15%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [3].

Tác giả Kawaguchi (2015): 16/32 bệnh nhân thuộc nhóm cho ăn sớm đã xảy ra 17 biến chứng, trong đó có 3 biến chứng liên quan đến gan, 11 biến chứng nhiễm khuẩn và 3 biến chứng khác. Ở nhóm cho ăn truyền thống, 27 biến chứng xảy ra ở 17/31 bệnh nhân bao gồm 8 biến chứng liên quan đến

gan, 12 biến chứng nhiễm khuẩn và 7 biến chứng khác. Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ chung và biến chứng nhiễm khuẩn ($p>0,05$) [4].

Trong thời gian bệnh nhân nhịn ăn và chỉ được truyền qua đường tĩnh mạch, niêm mạc đường tiêu hóa không hoạt động, dẫn đến tổn thương ở niêm mạc ruột, dịch chuyển của vi khuẩn đường ruột và tăng nguy cơ nhiễm khuẩn đường ruột. Tuy nhiên, cho ăn sớm có thể duy trì tính toàn vẹn của niêm mạc ruột và làm giảm khả năng thấm thấu của đường ruột; đồng thời có thể làm tăng lưu lượng máu trong ruột, do đó làm tăng lưu lượng máu đến gan, giúp bảo vệ hệ thống lưới nội mô của gan và duy trì chức năng của gan để chống lại các tác nhân gây bệnh [3], [4], [6].

Đã có một vài hạn chế ở nghiên cứu này, do đây là một nghiên cứu hồi cứu, bệnh nhân không được phân chia một cách ngẫu nhiên và cỡ mẫu chưa đủ lớn. Nhưng nghiên cứu có ý nghĩa, giúp đánh giá việc áp dụng cho ăn sớm sau phẫu thuật cắt gan, đặc biệt ở những bệnh nhân có xơ gan kèm theo.

5. Kết luận

Nghiên cứu qua 63 bệnh nhân cho ăn sớm và 60 bệnh nhân cho ăn sau khi có trung tiện cho thấy: Ngày bắt đầu có trung tiện và số ngày nằm viện sau mổ ở nhóm cho ăn sớm đều ngắn hơn ($1,68 \pm 0,94$ ngày so với $2,21 \pm 0,76$ ngày và $5,9 \pm 2,6$ ngày so với $8,5 \pm 1,8$ ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Bilirubin toàn phần ở nhóm cho ăn sớm thấp hơn ở ngày hậu phẫu 3, 5 ($p<0,05$); GOT và GPT ở cả hai nhóm cao hơn tại ngày hậu phẫu 1 nhưng sau đó đã giảm ở ngày hậu phẫu 3, 5, 7 ($p>0,05$). Không có sự khác biệt nào về tỷ lệ biến chứng sau mổ giữa hai nhóm.

Việc áp dụng cho ăn sớm đã được chứng minh giúp hồi phục tốt hơn về chức năng của đường ruột và chức năng gan; thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn ở các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được phẫu thuật cắt gan so với nhóm cho ăn muộn sau khi có trung tiện.

Tài liệu tham khảo

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al (2020) *Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of*

- incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin* 68(6): 394-424.
2. Richter B, Schmandra TC, Golling M, Bechstein WO (2006) *Nutritional support after open liver resection: A systematic review. Dig Surg* 23: 139-145.
3. Lee J, Kwon CHD, Kim MJ, Shin M, Joh JW (2012) *Effect of early enteral nutrition after hepatectomy in hepatocellular carcinoma patients. Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg* 16: 129-133.
4. Kawaguchi D, Hiroshima Y, Matsuo K, Koda K, Endo I, Taguri M, Tanaka K (2015) *A randomized clinical trial of early enteral nutrition to prevent infectious complications in patients with extensive liver resection. Int Surg* 100: 1414-1423.
5. Gao LB, Tian H, Wang XG, Yu XF, Guan Y, Chen ML, Zhang J (2015) *Early enteral and parenteral nutritional support after hepatectomy in patients with hepatic carcinoma: A systematic review and meta-analysis. OncoTargets and Therapy* 8: 623-631.
6. Lewis SJ, Andersen HK, Thomas S (2009) *Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: A systematic review and meta-analysis. J Gastrointest Surg* 13: 569-575.
7. Noba L, Rodgers S, Chandler C, Balfour A, Hariharan D, Yip V (2020) *Enhanced recovery after surgery (ERAS) reduces hospital costs and improve clinical outcomes in liver surgery: A systematic review and meta-analysis. J Gastrointest Surg* 24(4): 918-932.
8. Melloul E, Hubner M, Scott M et al (2016) *Guidelines for perioperative care for liver surgery: enhanced recovery after surgery (eras) society recommendations. World J Surg* 40: 2425-2440.
9. Huang L, Li J, Yan JJ, Liu CF, Wu MC, Yan YQ (2012) *Prealbumin is predictive for postoperative liver insufficiency in patients undergoing liver resection. World J Gastroenterol* 18(47): 7021-7025.
10. Tang SP, Hu ZM (2011) *Early enteral nutrition in patients after partial hepatectomy. Xian Dai Lin Chuang Hu Li Za Zhi* 10: 51-53.