

THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG BỆNH NHI SAU PHẪU THUẬT VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Kim Anh¹, Lưu Thị Mỹ Thục², Trương Thị Phượng²

¹Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

²Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Chương trình chăm sóc phục hồi sớm sau phẫu thuật được các Hiệp hội dinh dưỡng có uy tín khuyến nghị trong đó nhấn mạnh đến tầm quan trọng của việc nuôi ăn sớm đường tiêu hoá. Tuy nhiên, thực hành nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa còn nhiều rào cản. Theo lý thuyết, viêm phúc mạc ruột thừa, trẻ không bị cắt bỏ ống tiêu hoá vì vậy sẽ không ảnh hưởng đến thực hành nuôi ăn sớm đường tiêu hoá.

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhi sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2023.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang 107 trẻ sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 7/2022 - 3/2023.

Kết quả: Tỷ lệ thừa cân - béo phì ở nhóm 3 - 4 tuổi (27,3%), 5 - 9 tuổi (18,9%). Trong thời gian nằm viện, trung bình cân nặng của trẻ giảm $5,7 \pm 4,0\%$ so với lúc vào viện. Trẻ chậm được nuôi ăn qua đường tiêu hoá trong 24h đầu sau mổ. Ngày thứ 2 sau mổ có 4,7% trẻ ăn được hoàn toàn qua đường tiêu hoá. Năng lượng trung bình trẻ nhận được thấp $< 50\%$ RDA.

Kết luận: Tỷ lệ thừa cân - béo phì ở trẻ viêm phúc mạc ruột thừa cao, nhưng sau phẫu thuật do chậm nuôi dưỡng đường tiêu hoá nên hầu hết trẻ không nhận đủ nhu cầu theo khuyến nghị và có tình trạng sụt cân trong thời gian nằm viện.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, viêm phúc mạc ruột thừa, nuôi dưỡng sớm đường tiêu hoá.

Chữ viết tắt: Tình trạng dinh dưỡng (TTDD); Tình mạch (TM), Tiêu hoá (TH), Recommended dietary allowance (RDA)

POSTOPERATIVE NUTRITIONAL STATUS IN CHILDREN WITH APPENDICITIS PERITONITIS IN VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Enhanced Recovery After Surgery is recommended by Reputation Nutrition Associations emphasizes the importance of early enteral nutrition. However, the practice of early enteral nutrition has many barriers. Theoretically, appendicitis peritonitis, the child does not need intestines removed, so it will not affect the practice of early enteral feeding.

Objective: To evaluate the nutritional status and and nourishing implementation among pediatric patients with postoperative appendicitis peritonitis at Vietnam National Children's Hospital in 2022-2023.

Methodology: The Cross-sectional description studied 107 children with postoperative appendicitis peritonitis at the Vietnam National Children's Hospital from July 2022 to March 2023.

Nhận bài: 20-04-2023; Chấp nhận: 25-06-2023

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Kim Anh

Email: 79haianh79@gmail.com

Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

Results: The prevalence overweight - obese among 3-4 years old group and 5 - 9 years old were 27.3% and 18.9%, respectively. The average weight of the children during the duration of hospitalization decreased by $5.7 \pm 4.0\%$ compared to at the time of admission. Children got late enteral feeding within the first 24 hours after surgery. At the second day after surgery, 4.7% of children completely nourished by enteral feeding. The average energy children receive were less than 50% of the RDA.

Conclusion: The prevalence of overweight and obesity in children with appendicitis were high, but after surgery due to delayed enteral feeding, most children did not meet the recommended needs and had weight loss during hospitalization.

Key words: nutritional status, appendicitis peritonitis, early enteral nutrition.

Abbreviation: Nutritional Status (TTDD); parentara feedng (TM), enteral feeding (TH), Recommended dietary allowance (RDA)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguyên nhân gây viêm phúc mạc thứ phát ở trẻ em thường gặp là viêm ruột thừa và nghiêm trọng do phát hiện muộn [1]. Nhiễm khuẩn, mất nước và thời gian nhịn ăn kéo dài trước mổ sẽ ảnh hưởng tới tình trạng dinh dưỡng của trẻ cũng như làm cho việc hồi phục của trẻ gặp nhiều khó khăn. Để quá trình hồi phục sau phẫu thuật viêm phúc mạc đạt kết quả tốt thì trẻ cần được nuôi dưỡng tối ưu sau phẫu thuật, đặc biệt là nuôi ăn sớm đường tiêu hoá.

Lợi ích của việc nuôi dưỡng sớm bằng đường tiêu hóa sau phẫu thuật đã được chứng minh giúp giảm đáp ứng viêm, tình trạng kháng insulin, thời gian nằm viện và các chi phí điều trị [2]... Trong thực hành lâm sàng nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa cho trẻ em sau phẫu thuật ổ bụng nói chung và sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa nói riêng vẫn còn nhiều rào cản [3]. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhi sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 7/2022 - 3/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ từ 3 đến 10 tuổi được phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa.

- Được điều trị ngay sau phẫu thuật tại khoa Ngoại.

- Bố/mẹ/người giám hộ của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu và tự nguyện tuân thủ đầy đủ quá trình nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có các dị tật bẩm sinh hoặc bệnh lý khác ảnh hưởng đến quá trình nhai, nuốt, tiêu hóa và hấp thu (sút môi, hở hàm ếch, bại não, bệnh lý rối loạn chuyển hóa...).

- Có phẫu thuật cắt bỏ ống tiêu hoá

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Ngoại - Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 7/2022 – 3/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Chọn mẫu thuận tiện: Tất cả bệnh nhi sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ 7/2022 – 3/2023 sẽ được mời vào nghiên cứu

2.4. Các biến số, chỉ số và tiêu chuẩn đánh giá

- Tuổi: theo tiêu chuẩn WHO 2006

- Giới: trai/gái

- Cân nặng (kg), chiều cao (cm) được đo ngay khi nhập viện và khi ra viện

- TTDD đánh giá theo cân nặng/chiều cao áp dụng cho trẻ < 5 tuổi và BMI/tuổi áp dụng cho trẻ >5 tuổi

- Thời gian trẻ nhịn ăn trước phẫu thuật (tính bằng giờ): Tính từ khi trẻ nhập viện đến khi phẫu thuật

- Thời gian bắt đầu được nuôi dưỡng đường tiêu hóa (giờ): tính từ khi kết thúc phẫu thuật đến khi trẻ được ăn đường miệng lần đầu tiên

- Thời gian trung tiện (giờ): từ khi kết thúc phẫu thuật đến khi trẻ trung tiện lần đầu

- Đường nuôi dưỡng: đường tiêu hóa, đường tĩnh mạch, kết hợp.

- Năng lượng cung cấp theo các đường nuôi dưỡng trong 7 ngày sau phẫu thuật (Kcal) và % đáp ứng theo nhu cầu khuyến nghị.

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo tiêu chuẩn của WHO năm 2007 [4].

- Đánh giá khẩu phần ăn đáp ứng theo nhu cầu khuyến nghị: theo khuyến cáo của Viện Dinh Dưỡng quốc gia năm 2016 [5].

2.6. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp trẻ và người giám hộ về các thông tin chung, thông tin về bệnh, tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn 24h; kết hợp với phương pháp quan sát và đo đạc các thông số về nhân trắc học, một số chỉ số cơ thể khác theo bộ công cụ đã xây dựng sẵn. Một số thông tin về cuộc phẫu thuật và kết quả cận lâm sàng của trẻ được lấy từ bệnh án.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu về nhân trắc được xử lý bằng phần mềm Anthro của WHO, 2006. Số liệu khẩu phần và tính toán giá trị dinh dưỡng của khẩu phần và các loại dịch truyền theo phần mềm bằng phẩm mềm KP.mdb.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 5,83 ± 2,1 tuổi. Trong đó nhóm 3-4 tuổi (30,8 %). Trẻ là trai (57%) và trẻ gái (43%), tỉ lệ trai/ gái là 1,32.

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi nghiên cứu

Tình trạng dinh dưỡng		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
3- 4 tuổi (n=33) (Cân nặng theo chiều cao)	Bình thường	24	72,7
	Thừa cân	3	9,1
	Béo phì	6	18,2
5-9 tuổi (n=74) (BMI theo tuổi)	SDD gây còm mức độ nặng	2	2,7
	SDD gây còm mức độ nhẹ	1	1,4
	Bình thường	57	77,0
	Thừa cân	12	16,2
	Béo phì	2	2,7

Nhận xét:

+ Với nhóm 3 - 4 tuổi đánh giá TTDD cân nặng theo chiều cao với chỉ số Z- Score, tỉ lệ trẻ thừa cân là 9,1%, béo phì là 18,2% và không có trẻ bị suy dinh dưỡng

+ Với nhóm 5 – 9 tuổi đánh giá TTDD theo BMI/tuổi với chỉ số Z- Score, tỉ lệ trẻ SDD thể gây còm là 4,1%, tỉ lệ trẻ thừa cân là 16,2%, béo phì là 2,7%.

Bảng 2. Đánh giá sự thay đổi cân nặng của trẻ trong thời gian nằm viện

Đặc điểm		n	Cân nặng vào viện (X ± SD) kg	Cân nặng ra viện (X ± SD) kg	Giảm % cân nặng (%)	P
Tuổi	3 - 4	33	16,2 ± 3,0	15,3 ± 3,1	5,6 ± 5,4	>0,05
	5 - 9	74	26,3 ± 8,6	24,8 ± 8,4	5,7 ± 3,3	
Giới	Trai	61	23,3 ± 8,0	21,9 ± 7,7	6,0 ± 3,0	>0,05
	Gái	46	23,0 ± 9,6	21,9 ± 7,8	5,2 ± 4,2	
Nơi cung cấp suất ăn	Bệnh viện	66	23,1 ± 8,1	21,9 ± 7,9	5,5 ± 3,9	>0,05
	Tự túc	41	23,2 ± 9,8	21,9 ± 9,4	6,0 ± 4,2	
Thời gian nhịn ăn	≤ 8 giờ	60	23,3 ± 8,6	22,0 ± 8,2	5,5 ± 3,7	>0,05
	> 8 giờ	47	23,1 ± 8,9	21,8 ± 8,9	5,8 ± 4,5	
Thời gian nằm viện	≤ 7 ngày	30	28,5 ± 8,9	27,0 ± 8,7	5,6 ± 3,6	>0,05
	> 7 ngày	77	21,2 ± 7,8	19,9 ± 7,5	5,7 ± 4,2	
Chung		107	23,2 ± 8,7	21,9 ± 8,4	6,3 ± 4,0	

Nhận xét: Trung bình cân nặng của trẻ giảm 5,7 ± 4,0% so với cân nặng lúc vào viện. Thay đổi cân nặng ở nhóm trẻ trai nhiều hơn trẻ gái. Nhóm trẻ có suất ăn ở bệnh viện giảm cân ít hơn nhóm trẻ ăn tự túc, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phương pháp nuôi dưỡng sau phẫu thuật

Ngày	Đường nuôi		Đường TM		Đường tiêu hóa		TM + TH	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Ngày 1	101	94,4	0	0	6	5,6		
Ngày 2	74	69,2	5	4,7	28	26,2		
Ngày 3	17	15,9	40	37,4	50	46,7		
Ngày 4	5	4,7	78	72,9	24	22,4		
Ngày 5	0	0	99	92,5	8	7,5		
Ngày 6	0	0	105	98,1	2	1,9		
Ngày 7	0	0	107	100,0	0	0		

Nhận xét: Ngày đầu tiên sau phẫu thuật có 94,4% trẻ nhận được năng lượng chỉ từ dịch truyền, 5,6% được truyền dịch kết hợp ăn đường miệng.

Ngày thứ 2 có 4,7% trẻ được nuôi dưỡng bằng đường miệng hoàn toàn, tỷ lệ ăn đường miệng kết hợp truyền dịch tăng lên 26,2%. Vào ngày thứ 7, 100% trẻ được nuôi dưỡng qua đường miệng.

Bảng 4. Thời gian khởi động nuôi dưỡng đường miệng, thời gian nhịn ăn hoàn toàn và thời gian trung tiện sau phẫu thuật ở các nhóm tuổi

Đặc điểm	3- 4 tuổi (X ± SD)	5-9 tuổi (X ± SD)	Chung (X ± SD)	P
Thời gian nhịn ăn hoàn toàn trước phẫu thuật (giờ)	8,7 ± 3,6	8,4 ± 4,3	8,6 ± 4,1	>0,05
Thời gian khởi động nuôi dưỡng đường miệng (giờ)	65,8 ± 19,6	64,7 ± 20,5	65,0 ± 20,3	>0,05
Thời gian trung tiện (giờ)	57,4 ± 21,2	55,2 ± 21,3	55,9 ± 21,2	>0,05

Nhận xét: Thời gian nhịn ăn hoàn toàn trước phẫu thuật trung bình là $8,6 \pm 4,1$ giờ. Thời gian khởi động nuôi dưỡng đường miệng là $65,0 \pm 20,3$ giờ. Thời gian trung tiện là $55,9 \pm 21,2$ giờ. Không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi.

Bảng 5. Năng lượng trung bình từ các đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật

Ngày	Giới	Trai			Gái		
		Năng lượng X ± SD	RDA	% đạt RDA	Năng lượng X ± SD	RDA	% đạt RDA
Ngày 1	3-5 tuổi	354,3 ± 142,4	1320	26,8	331,9 ± 91,9	1230	27,0
	6-7 tuổi	374,0 ± 174,5	1360	27,5	434,0 ± 186,7	1270	34,2
	8-9 tuổi	527,4 ± 204,7	1600	33,0	505,2 ± 179,3	1510	33,5
Ngày 2	3-5 tuổi	383,4 ± 164,5	1320	29,0	376,9 ± 112,2	1230	30,6
	6-7 tuổi	400,4 ± 205,1	1360	29,4	434,8 ± 143,2	1270	34,2
	8-9 tuổi	547,6 ± 166,9	1600	34,2	514,0 ± 190,4	1510	34,0
Ngày 3	3-5 tuổi	439,9 ± 183,4	1320	33,3	328,4 ± 192,2	1230	26,7
	6-7 tuổi	446,9 ± 243,7	1360	32,9	472,9 ± 162,9	1270	37,2
	8-9 tuổi	627,3 ± 319,9	1600	39,2	535,6 ± 314,2	1510	35,5
Ngày 4	3-5 tuổi	479,0 ± 183,6	1320	36,3	437,9 ± 197,0	1230	35,6
	6-7 tuổi	455,1 ± 136,3	1360	33,5	483,8 ± 197,0	1270	38,1
	8-9 tuổi	738,8 ± 355,6	1600	46,2	777,6 ± 305,6	1510	51,5
Ngày 5	3-5 tuổi	585,2 ± 275,8	1320	44,3	468,9 ± 216,8	1230	38,1
	6-7 tuổi	670,5 ± 312,3	1360	49,3	586,9 ± 303,3	1270	46,2
	8-9 tuổi	760,3 ± 328,8	1600	47,5	796,2 ± 261,3	1510	52,7
Ngày 6	3-5 tuổi	565,9 ± 239,8	1320	42,9	458,5 ± 174,6	1230	37,3
	6-7 tuổi	650,4 ± 333,4	1360	47,8	574,4 ± 296,3	1270	45,2
	8-9 tuổi	718,5 ± 186,1	1600	44,9	739,8 ± 291,5	1510	49,0
Ngày 7	3-5 tuổi	494,6 ± 150,1	1320	37,5	460,4 ± 153,2	1230	37,4
	6-7 tuổi	606,0 ± 245,0	1360	44,6	633,0 ± 427,8	1270	49,8
	8-9 tuổi	686,4 ± 180,9	1600	42,9	753,3 ± 307,4	1510	49,9

Nhận xét: tổng năng lượng trung bình trẻ nhận được thấp < 50% nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị, đặc biệt ở nhóm trẻ < 5 tuổi

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này lứa tuổi chúng tôi chọn vào nghiên cứu là trẻ từ 3 đến < 10 tuổi được phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa. Với một bệnh lý cấp tính, để đánh giá TTDD ở hiện tại, chỉ số cân nặng theo chiều cao với chỉ số Z-score cho nhóm bệnh nhân 3 – 4 tuổi, kết quả (bảng 1) thấy tỉ lệ thừa cân (9,1%), béo phì (18,2%) và không có trẻ nào bị suy dinh dưỡng. Với nhóm 5 – 9 tuổi sử dụng chỉ

số BMI/ tuổi với chỉ số Z- score thấy SDD gây còm (4,1%), thừa cân (16,2%), béo phì (2,7%). Phạm Thị Thu Hương (2015) khi nghiên cứu về TTDD của trẻ em nằm viện cũng tại Bệnh viện Nhi Trung ương thấy khi đó tỉ lệ thừa cân thấp (1,5%) nhưng tỉ lệ suy dinh dưỡng lại cao (18,1%) [6]. Viêm phúc mạc ruột thừa là bệnh lý cấp tính xảy ra trên trẻ khỏe mạnh nên ít gặp trẻ suy dinh dưỡng, tuy nhiên tỉ lệ thừa cân béo phì lại cao hơn so với cộng đồng.

Giảm cân trong thời gian nằm viện là tình trạng phổ biến, đặc biệt với trẻ nhỏ và bệnh nặng. Trong nghiên cứu (bảng 2) chỉ có 5/107 trẻ có cân nặng không đổi, còn lại tại thời điểm đo khi ra viện tất cả số trẻ đều giảm cân nặng so với lúc vào viện. Trung bình cân nặng của trẻ giảm $5,7 \pm 4,0\%$ so với cân nặng lúc vào viện. Thay đổi cân nặng ở nhóm trẻ trai giảm nhiều hơn trẻ gái. Nhóm trẻ có suất ăn ở bệnh viện giảm cân ít hơn nhóm trẻ ăn tự túc, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Khuôn khổ nghiên cứu này không có điều kiện đánh giá liên quan đến tiên lượng bệnh, tuy nhiên một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng giảm cân trong thời gian ngắn liên quan có ý nghĩa với suy dinh dưỡng. Merritt cho rằng mất cân $>5\%$ trong vòng 1 tháng là ngưỡng đối với hậu quả lâm sàng bất lợi [7].

Bàn luận về phương pháp nuôi dưỡng sau phẫu thuật, ngày đầu tiên sau phẫu thuật có 94,4% trẻ được cung cấp năng lượng từ dịch truyền, 5,6% được nuôi dưỡng bằng truyền dịch kết hợp đường miệng. Ngày thứ 2 có 4,7% trẻ được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường miệng. Vào ngày thứ 7, 100% trẻ được nuôi dưỡng qua đường miệng. Nuôi ăn sớm giúp giảm biến chứng nhiễm khuẩn huyết trong phẫu thuật bụng lớn, chấn thương và bỏng, giảm nhiễm trùng vết mổ, giảm sụt cân sau mổ, cải thiện cân bằng nitơ và lành vết thương [2,8]. Nghiên cứu lâm sàng thấy bệnh nhân nuôi dưỡng đường ruột sớm có dung nạp tốt và giảm các biến chứng nhiễm trùng sau mổ. Vì vậy, để tối ưu hóa nuôi dưỡng trẻ sau phẫu thuật, áp dụng phương pháp nuôi ăn sớm sau mổ kết hợp hỗ trợ đường tĩnh mạch (khi cần) để giúp trẻ hồi phục được nhanh nhất. Thời gian nhịn ăn hoàn toàn trung bình trước phẫu thuật là $8,6 \pm 4,1$ giờ. Thời gian khởi động nuôi dưỡng đường miệng là $65,0 \pm 20,3$ giờ ($2,71 \pm 0,85$ ngày). Thời gian trung tiện là $55,9 \pm 21,2$ giờ. Không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi. Kết quả này gần tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Trang thời gian khởi động nuôi dưỡng đường miệng là $2,32 \pm 0,98$ ngày [9]. Chức năng đường ruột hoạt động trở lại sau 8 giờ và nửa đời sống của ruột là 24 giờ, nếu không cho ăn bằng đường ruột sớm thì các tế bào này có thể bị hoại tử và hệ vi khuẩn đường ruột sẽ thấm lậu vào máu. Đó chính là lý do

có nhiều nghiên cứu được tiến hành về việc nuôi ăn sớm bằng đường tiêu hóa trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Tuy nhiên trong thực hành lâm sàng, nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa cho trẻ em sau phẫu thuật ổ bụng nói chung và sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa nói riêng vẫn còn nhiều rào cản [3]. Nguyên nhân do các phẫu thuật viên lo ngại các biến chứng có thể xảy ra như dò bục miệng nối, tắc ruột,... có thể xảy ra. Thực tế, đa số bệnh nhân chỉ được chỉ định nuôi ăn bằng đường miệng khi có trung tiện trở lại.

Đánh giá về năng lượng trung bình từ các đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật, (bảng 5) cho thấy ở tất cả các ngày năng lượng trung bình từ các đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật của bệnh nhi nghiên cứu đều chưa đạt được 50% nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị. Trong đó phần trăm đạt theo nhu cầu khuyến nghị thấp hơn ở nhóm 3-5 tuổi. Năng lượng nuôi dưỡng cho trẻ sau phẫu thuật như vậy là chưa cung cấp đủ theo nhu cầu. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Trang (2018) về chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhi dưới 5 tuổi phẫu thuật tiêu hóa tại khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018: hầu hết các thành phần trong bữa ăn của trẻ đều không đáp ứng được so với khuyến nghị đưa ra, năng lượng chỉ đạt khoảng 20-55% so với nhu cầu khuyến nghị [9].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trẻ thừa cân, béo phì ở nhóm tuổi 3-4 (27,3%), nhóm tuổi 5 – 9 (18,9%).

- Trong thời gian nằm viện, trung bình cân nặng của trẻ giảm $5,7 \pm 4,0\%$.

- Trẻ chậm được nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá. Trong 24h đầu sau phẫu thuật mới chỉ có 5,6% trẻ được nuôi hỗn hợp đường tiêu hoá và tĩnh mạch. Ngày thứ 2 có 4,7% trẻ được nuôi dưỡng bằng đường tiêu hoá.

- Năng lượng trung bình trẻ nhận được thấp chỉ đạt $< 50\%$ theo khuyến nghị.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần nuôi dưỡng sớm đường tiêu hoá để có thể đảm bảo cung cấp đủ năng lượng theo khuyến nghị, tránh sụt cân sẽ gây ảnh hưởng bất lợi lên kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quỳnh Hưng.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên viêm phúc mạc trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
2. **Shrikhande SV, Shetty GS, Singh K et al.** Is early feeding after major gastrointestinal surgery a fashion or an advance? Evidence-based review of literature. *J Cancer Res Ther* 2009;5(4):232-239. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.59892>
3. **Greer D, Karunaratne YG, Karpelowsky J et al.** Early enteral feeding after pediatric abdominal surgery: A systematic review of the literature. *J Pediatr Surg* 2020;55(7):1180-1187. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.08.055>
4. **WHO.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em dựa vào Z-Score. 2007
5. **Viện Dinh dưỡng.** Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam. Nhà xuất bản Y học 2016.
6. **Phạm Thị Thu Hương, Cao Thi Thu Hương.** Tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em nằm viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học dự phòng* 2015;3(163):87-91.
7. **Merrin RJ, Blackburn GL.** Nutritional assessment and metabolic response to illness of the hospitalized. *Text-Book of pediatric nutrition* 1988:285-307.
8. **Tadano S, Terashima H, Fukuzawa J et al.** Early postoperative oral intake accelerates upper gastrointestinal anastomotic healing in the rat model. *J Surg Res* 2011;169(2):202-208. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2010.01.004>
9. **Nguyễn Minh Trang.** Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhi dưới 5 tuổi phẫu thuật tiêu hóa tại khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018. Khóa luận tốt nghiệp. Trường Đại học Y Hà Nội 2018.