

# Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật ung thư ống tiêu hóa: Vấn đề phẫu thuật viên cần quan tâm

Trần Hiếu Học<sup>1,2\*</sup>, Phạm Văn Phú<sup>3</sup>, Trần Thu Hương<sup>4</sup>, Trần Quế Sơn<sup>1,2</sup>

(1) Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Bạch Mai

(2) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

(3) Bộ môn Dinh dưỡng & An toàn thực phẩm, Viện Y học dự phòng & Y tế công cộng,

Trường Đại học Y Hà Nội

(4) Khoa Dược, Bệnh viện Bạch Mai

## Tóm tắt

Suy dinh dưỡng là một yếu tố nguy cơ liên quan mật thiết đến kết quả điều trị bệnh, nhất là trong điều trị phẫu thuật bệnh lý ung thư đường tiêu hóa. **Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật các ung thư ống tiêu hóa tại khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2016. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 124 bệnh nhân phẫu thuật ung thư ống tiêu hóa. Các đối tượng được đo chiều cao, cân nặng, phân loại tình trạng dinh dưỡng theo tổ chức y tế thế giới dựa vào chỉ số khối cơ thể (BMI), đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo công cụ đánh giá toàn diện chủ quan (SGA – Subjective Global Assessment), albumin máu, khẩu phần ăn 24h trước phẫu thuật đối chiếu với nhu cầu khuyến nghị. **Kết quả:** Tình trạng giảm cân khi bệnh nhân nhập viện là 76,6% trong đó giảm trên 10% cân nặng chiếm 17,7%. Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) là 24,2%. Tỷ lệ nguy cơ SDD theo SGA là 71% trong đó mức độ nhẹ đến vừa là 62,1% và mức độ nặng là 8,9%. Albumin thấp (< 35g/l) là 45%. Giá trị năng lượng trung bình thực tế là 1166,0 ± 585,6 Kcal, đạt 56,7% so với nhu cầu khuyến nghị. Lượng protein và lipid và glucid đạt lần lượt 73,9 %; 58,9% và 52,5% so với khuyến nghị. **Kết luận:** Suy dinh dưỡng vẫn chiếm tỷ lệ khá cao ở người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa, dinh dưỡng trước phẫu thuật chưa đáp ứng được so với nhu cầu khuyến nghị.

**Từ khóa:** Dinh dưỡng, phẫu thuật, ống tiêu hóa, ung thư.

## Abstract

# The nutritional status of patients undergoing surgery for gastrointestinal malignancies: A problem that surgeons are interested in exploring

Tran Hieu Hoc<sup>1,2\*</sup>, Pham Van Phu<sup>3</sup>, Tran Thu Huong<sup>4</sup>, Tran Que Son<sup>1,2</sup>

(1) Department of General Surgery, Bach Mai Hospital

(2) Department of Foreign Affairs, Hanoi University of Medicine and Pharmacy

(3) Dept. of Nutrition & Food Safety, Preventive Medicine & Public Health Institute, Hanoi Medical University

(4) Bach Mai Hospital, Pharmacy Department

**Introduction:** Malnutrition is associated with a poor prognosis for cancer treatment, particularly for gastrointestinal cancer surgery. The purpose of this study was to determine the nutritional status of preoperative patients with gastrointestinal cancer at Bach Mai Hospital in 2016. **Material and method:** We conducted a descriptive cross-sectional study on 124 patients who underwent surgery for gastrointestinal cancer. The patients were measured for height, weight, and their nutritional state was assessed using the World Health Organization's body mass index (BMI). Nutritional risk was evaluated using the Subjective Global Assessment (SGA) scale, blood albumin levels, and dietary intake 24 hours prior to surgery compared to recommended requirements. **Results:** Weight loss was 76.6% when the patient was admitted to the hospital, and weight loss greater than 10% was 17.7%. 24.2% of those with a chronic lack of energy (BMI < 18.5 kg/m<sup>2</sup>). According to the SGA, malnutrition was prevalent at a rate of 71%, of which mild to moderate, and severe malnutrition was 67.7%, and 8.9% respectively. Low blood albumin level (<35g/L) was 45%. The actual average energy value was 1166.0 ± 585.6 Kcal, reaching 56.7% of the necessary requirements. Protein, lipids, and glucid concentrations exceeded recommendations by 73.9%, 58.9%, and 52.5%, respectively.

**Conclusion:** the rate of malnutrition was still quite high in patients undergoing surgery for gastrointestinal cancer. Preoperative nutrition was insufficient to satisfy recommended requirements.

**Key words:** nutrition, surgery, gastrointestinal, cancers.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) ở người bệnh phẫu thuật là yếu tố nguy cơ làm tăng các biến chứng như: nhiễm trùng vết mổ, chậm liền vết mổ, nhiễm khuẩn, suy hô hấp, thậm chí tử vong [1],[2]. Trong khi đó tình trạng SDD trong bệnh viện vẫn chiếm tỉ lệ khá cao ở các bệnh nhân (BN) nhập viện [3],[4]. Các bệnh nhân phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật ống tiêu hóa có nguy cơ SDD cao hơn các bệnh nhân mắc các bệnh lý khác [5],[6]. Sau phẫu thuật ngoài lý do người bệnh bị SDD từ trước thì chính phẫu thuật đã làm thay đổi về chuyển hóa và sinh lý, những biến chứng có thể xảy ra như: nhiễm trùng vết mổ, nhiễm khuẩn, mất dịch mất máu, stress... khiến cho tình trạng SDD ngày càng nặng nề hơn [7]. Người bệnh SDD nguy cơ tử vong cao hơn, thời gian nằm viện dài hơn. Một nghiên cứu của Moriana M tại Tây Ban Nha năm 2013 cho thấy có 50% BN mới nhập viện bị SDD và thời gian nằm viện của những bệnh nhân này là 13,5 ngày lâu hơn so với BN không SDD là 6,7 ngày [8]. Do vậy, việc cải thiện hỗ trợ dinh dưỡng đầy đủ và hợp lý cho BN phẫu thuật đường tiêu hóa là công việc quan trọng và cấp thiết [9].

Để nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị BN phẫu thuật trong đó có người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa và hạn chế các biến chứng, giảm chi phí y tế cũng như thời gian nằm viện cho người bệnh liên quan đến dinh dưỡng, nghiên cứu này nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng của các BN vào viện để phẫu thuật bệnh lý ung thư ống tiêu hóa tại Bệnh viện Bạch Mai.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12 năm 2015 đến tháng 5 năm 2016. 124 bệnh nhân bị ung thư ống tiêu hóa được phẫu thuật đã tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân mổ cấp cứu, bệnh nhân bị đái tháo đường, bị các bệnh liên quan đến rối loạn chuyển hóa, có các bệnh khác phối hợp: suy gan, suy thận, suy tim ở mức độ nặng, không thể thu thập được các thông tin - số liệu.

### 2.1. Thu thập số liệu

Điều tra viên được tập huấn trước khi tiến hành thu thập số liệu

Các thông tin chung bao gồm tuổi, giới, ngày vào viện, chẩn đoán lúc vào viện và lúc phẫu thuật, chỉ số Albumin (Al) của BN được thu thập từ bệnh án.

Bệnh nhân được đánh giá tình trạng dinh dưỡng ngày nhập viện để phẫu thuật bao gồm các số đo nhân trắc: cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI.

Đánh giá tổng thể chủ quan (SGA - Subjective Global Assessment): sử dụng bộ câu hỏi SGA được xây dựng dựa theo phiếu mẫu [10] để thu thập tiền sử liên quan đến tình trạng dinh dưỡng và khám lâm sàng. Tiền sử dinh dưỡng bao gồm thay đổi cân nặng gần đây (6 tháng và 2 tuần gần đây), thay đổi khẩu phần ăn, các triệu chứng hệ tiêu hóa (buồn nôn, nôn, tiêu chảy, chán ăn), thay đổi các vận động hiện tại, mức độ stress liên quan đến nhu cầu dinh dưỡng. Khám lâm sàng phát hiện các dấu hiệu liên quan đến dinh dưỡng (mất mỡ dưới da, teo cơ, phù, cổ chướng).

### 2.2 Các tiêu chuẩn đánh giá:

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào chỉ số BMI (theo tổ chức Y tế thế giới năm 2000): thiếu năng lượng trường diễn (CED - Chronic Energy Deficiency) khi BMI < 18,5 (kg/m<sup>2</sup>); bình thường khi BMI từ 18,5 đến 24,9; thừa cân khi BMI 25-29,9 và béo phì khi BMI từ trên 30,0.

Đánh giá theo SGA: không có nguy cơ suy dinh dưỡng SGA mức độ A (SGA – A); nguy cơ nhẹ đến vừa SGA mức độ B (SGA – B); nặng SGA mức độ C (SGA – C). Trong trường hợp phân vân giữa A và B thì đánh giá B, phân vân giữa B và C thì chọn B.

Chỉ số Albumin đánh giá mức độ SDD với tiêu chí có SDD khi Albumin < 35 g/l.

Đánh giá dinh dưỡng trước phẫu thuật dựa vào khẩu phần: hỏi ghi chi tiết tên, loại thức ăn, số lượng, thành phần thức ăn kể cả các loại nước mà người bệnh tiêu thụ ngày trước phẫu thuật 2 ngày. So sánh với nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị (NCDDKN) của người lao động nhẹ (tham khảo từ sách *Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2012).

**2.3 Phân tích số liệu:** Số liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, tính toán thống kê trên phần mềm Stata 12.0, sử dụng các test thống kê thông thường.

### 2.4. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Được phê duyệt bởi Ban lãnh đạo bệnh viện Bạch Mai.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, nội dung nghiên cứu, tình nguyện tham gia và cũng có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào, được bảo đảm giữ bí mật.

Số liệu nghiên cứu được bảo quản chặt chẽ, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu khoa học, viết báo cáo và cung cấp cho từng đối tượng nghiên cứu khi cần thiết.

Nghiên cứu chỉ có mục đích nhằm đề ra những biện pháp nâng cao sức khỏe người bệnh, ngoài ra không có mục đích nào khác.

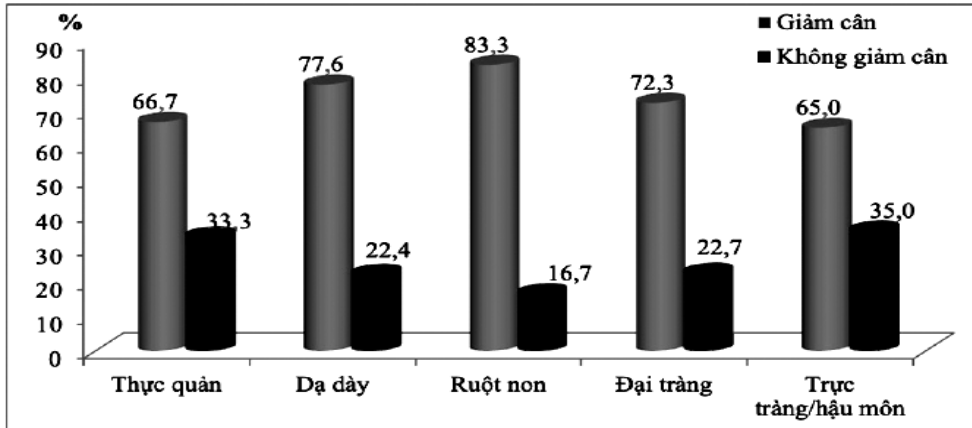
### 3. KẾT QUẢ

- Có 124 đối tượng tham gia nghiên cứu gồm 79 nam (63,7%) và 45 nữ (36,3%). Tuổi trung bình là

57,5 ± 12,1 (<30 chiếm 1,6%; 31-60 chiếm 57,3% và >60 chiếm 41,1%).

- Ung thư dạ dày có số lượng bệnh nhân nhiều nhất (n = 67) chiếm 54,1%. Ung thư đại tràng, ung thư trực tràng-hậu môn và thực quản chiếm lần lượt là 17,7% (n=22), 16,1% (n=20) và 7,3% (n=9), tỷ lệ ung thư ruột non là 4,8% (n=6).

- Tình trạng giảm cân trước phẫu thuật so với trước khi phát hiện bệnh là 76,6% trong đó giảm trên 10% cân nặng chiếm 17,7% và không giảm cân là 23,4%.



**Biểu đồ 1.** Tình trạng giảm cân trước khi nhập viện theo các loại phẫu thuật

Biểu đồ 1 cho thấy ung thư ở vị trí nào của ống tiêu hóa cũng gây giảm cân ở mức độ khá nhiều.

- Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân trước phẫu thuật ở mức thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) có 31 bệnh nhân chiếm 24,2%.

**Bảng 1.** Tình trạng dinh dưỡng theo BMI xếp theo vị trí phẫu thuật ống tiêu hóa

| Vị trí phẫu thuật  | CED* |      | Không CED |      |
|--------------------|------|------|-----------|------|
|                    | n    | %    | n         | %    |
| Thực quản          | 3    | 33,3 | 6         | 66,7 |
| Dạ dày             | 17   | 25,4 | 50        | 74,6 |
| Ruột non           | 2    | 33,3 | 4         | 66,7 |
| Đại tràng          | 5    | 22,7 | 17        | 82,3 |
| Trực tràng/hậu môn | 4    | 20,0 | 16        | 80,0 |
| Tổng               | 31   | 25,0 | 93        | 75,0 |

(\* CED - Chronic Energy Deficiency)

Bảng 1 thể hiện bệnh nhân thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) đối với phẫu thuật trực tràng/hậu môn chiếm tỷ lệ thấp nhất (20%) còn ở thực quản và dạ dày có tỷ lệ cao.

- Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo tổng thể chủ quan

Bệnh nhân không có nguy cơ về dinh dưỡng (SGA-A) là 23,4%, có nguy cơ SDD mức độ nhẹ đến vừa (SGA-B) là 67,7%, nguy cơ mức độ nặng (SGA-C) là 8,9%.

**Bảng 2.** Tình trạng dinh dưỡng theo tổng thể chủ quan của các loại phẫu thuật

| Loại phẫu thuật           | SGA-A |      | SGA-B |      | SGA-C |      | p*     |
|---------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|
|                           | n     | %    | n     | %    | n     | %    |        |
| Thực quản (n=9)           | 0     | 0    | 8     | 88,9 | 1     | 11,1 | > 0,05 |
| Dạ dày (n=67)             | 15    | 22,4 | 45    | 67,2 | 7     | 10,4 |        |
| Ruột non (n=6)            | 1     | 16,7 | 5     | 83,3 | 0     | 0    |        |
| Đại tràng (n=22)          | 6     | 27,3 | 13    | 59,1 | 3     | 13,6 |        |
| Trực tràng/hậu môn (n=20) | 7     | 35,0 | 13    | 65   | 0     | 0    |        |
| Tổng                      | 29    | 23,4 | 84    | 67,7 | 11    | 8,9  |        |

\* Fisher's exact test

Bảng 2 cho thấy tình trạng dinh dưỡng theo SGA của các loại phẫu thuật thì hầu hết nhóm người bệnh ung thư thực quản và dạ dày có nguy cơ mức độ SDD SGA-B và SGA-C. Không có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh và tình trạng dinh dưỡng ( $p > 0,05$ ).

- Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo nồng độ Albumin.

Trong 109 người bệnh có chỉ số Albumin, tỉ lệ Albumin  $\geq 35g/l$  là 56,0% tỷ lệ Albumin  $< 35 g/l$  là 44,0%.

**Bảng 3.** Nồng độ Albumin của bệnh nhân theo vị trí bệnh lý (n=109)

| Loại phẫu thuật    | Al $< 35g/l$ |      | Al $\geq 35g/l$ |      | p*     |
|--------------------|--------------|------|-----------------|------|--------|
|                    | n            | %    | n               | %    |        |
| Thực quản          | 3            | 50,0 | 3               | 50,0 | > 0,05 |
| Dạ dày             | 21           | 35,6 | 38              | 64,4 |        |
| Ruột non           | 2            | 40,0 | 3               | 60,0 |        |
| Đại tràng          | 13           | 61,9 | 8               | 38,1 |        |
| Trực tràng/hậu môn | 9            | 50   | 9               | 50,0 |        |
| Tổng số            | 48           | 44,0 | 61              | 56,0 |        |

\* Fisher's exact test

Bảng 3 cho thấy bệnh nhân phẫu thuật đại tràng có tỷ lệ Albumin  $< 35g/l$  là 61,9%, cao hơn các nhóm khác nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 4.** Mối liên quan giữa Albumin và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân

| Albumin (g/l) | Tình trạng dinh dưỡng |      |       |      |       |      |
|---------------|-----------------------|------|-------|------|-------|------|
|               | SGA-A                 |      | SGA-B |      | SGA-C |      |
|               | n                     | %    | n     | %    | n     | %    |
| Al $< 35$     | 10                    | 20,8 | 33    | 68,8 | 5     | 10,4 |
| Al $\geq 35$  | 17                    | 27,9 | 39    | 63,9 | 5     | 8,2  |
| Chung         | 27                    | 24,8 | 72    | 66,0 | 10    | 9,2  |

Qua bảng 4 chúng ta thấy bệnh nhân có Albumin  $< 35g/l$  thường gặp ở nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng, cao nhất gặp ở nhóm SGA-B (68,8%), SGA-C (10,4%).

- Giá trị dinh dưỡng trước phẫu thuật

**Bảng 5.** Giá trị dinh dưỡng trước phẫu thuật so với nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị

| Năng lượng và các chất dinh dưỡng | $\bar{X} \pm SD$   | Min - Max      | NCDDKN ( $\bar{X}$ ) | (%) Đạt được |
|-----------------------------------|--------------------|----------------|----------------------|--------------|
| Năng lượng (Kcal)                 | 1166,0 $\pm$ 585,6 | 256,5 – 3612,2 | 2055                 | 56,7         |
| Protein Động vật (g)              | 31,6 $\pm$ 13,0    | 0 – 61,7       | 36,0                 | 73,9         |
| Thực vật                          | 21,0 $\pm$ 14,9    | 0 – 90,3       | 36,0                 |              |

|            |          |               |              |       |      |
|------------|----------|---------------|--------------|-------|------|
| Lipid (g)  | Động vật | 17,8 ± 11,9   | 0 – 61,3     | 22,9  | 58,9 |
|            | Thực vật | 8,8 ± 9,4     | 0 – 45,3     | 22,9  |      |
| Glucid (g) |          | 178,4 ± 104,1 | 16,5 – 545,9 | 339,1 | 52,5 |

Năng lượng trung bình của khẩu phần thực tế chỉ đạt 56,7% so với khuyến nghị. Glucid của khẩu phần thực tế đạt 52,5% so với khuyến nghị. Lượng protein tổng số và lipid đạt lần lượt là 73,9% và 58,9% so với khuyến nghị.

#### 4. BÀN LUẬN

Tình trạng giảm cân trước phẫu thuật so với trước khi phát hiện bệnh là 76,6% trong đó giảm trên 10% cân nặng chiếm 17,7%. Nguyên nhân có sự giảm cân này là hầu hết các người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa có triệu chứng chán ăn, ăn không tiêu, mệt mỏi, đau bụng, xuất huyết ống tiêu hóa... Khi ống tiêu hóa bị tổn thương càng làm xuất hiện các triệu chứng trên làm cho khả năng tiêu hóa hấp thụ thức ăn của người bệnh kém đi, mặt khác khẩu phần cũng thay đổi nên người bệnh chủ yếu ăn thức ăn mềm như cháo, bún, phở sữa... làm cho năng lượng thiếu hụt [6]. Ngoài ra yếu tố tâm lý về bệnh, thói quen ăn uống kiêng cũng làm tình trạng giảm cân tăng lên [3],[10],[11].

Tình trạng giảm cân trước phẫu thuật cũng ở mức cao ở tất cả các vị trí ống tiêu hóa: thực quản là 66,7%, dạ dày là 77,6%, ruột non là 83,3%, đại tràng là 72,3%, trực tràng hậu môn là 65,0% (biểu đồ 1). Vì vậy, vấn đề giải thích tình trạng bệnh theo lộ trình điều trị giúp người bệnh hiểu giảm bớt tâm lý lo lắng bi quan và vấn đề khám, tư vấn và hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh trước phẫu thuật cần được quan tâm hơn nữa.

Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) là 24,2%. Chỉ số BMI là một chỉ số có liên quan chặt chẽ với khối lượng mỡ và cơ có thể, do đó là một chỉ số được WHO khuyến nghị đánh giá mức độ gầy béo, BMI thấp chứng tỏ người bệnh giảm cả khối cơ và khối mỡ cơ thể dẫn đến SDD. Tangvik cho thấy các bệnh nhân ung thư có tỷ lệ suy dinh dưỡng 44%, còn Virizuella thấy rằng tỷ lệ suy dinh dưỡng khác nhau giữa các loại bệnh lý, cụ thể với ung thư đại trực tràng là 48-61% [4],[5]. Thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) là một yếu tố tăng biến chứng và tử vong ở bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - ung thư [12].

Tỷ lệ nguy cơ SDD theo đánh giá SGA là 76,6% trong đó mức độ nhẹ đến vừa là 67,7% và nguy cơ SDD nặng là 8,9% (bảng 2). Tỷ lệ SDD theo SGA trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Phạm VN (2006) đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân phẫu thuật tại bệnh viện Cần Thơ (Việt Nam) cho thấy tỷ lệ SDD ở BN phẫu thuật ổ bụng -

tiêu hóa là 77,7% [2].

Phương pháp đánh giá tổng thể khách quan (SGA) là phương pháp thuận tiện, dễ dàng đánh giá tình trạng dinh dưỡng, được nhiều nước trên thế giới sử dụng [13]. Phương pháp SGA có thể đánh giá người bệnh trong suốt quá trình mắc bệnh bao gồm những thay đổi về cân nặng, khẩu phần các triệu chứng dạ dày, ruột, các thay đổi chức năng và các dấu hiệu lâm sàng liên quan đến tình trạng dinh dưỡng kém. SGA là một công cụ sàng lọc dinh dưỡng tốt đối với người bệnh nằm viện đặc biệt là đối với người bệnh phẫu thuật trong đó có phẫu thuật ống tiêu hóa [14].

Một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho thấy mức độ nguy cơ SDD theo SGA cũng ở mức khá cao ở những bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng. Nghiên cứu của Garth (2010) trên 95 người bệnh nhập viện phẫu thuật dạ dày - ruột thì có 48,0% bệnh nhân được phân loại SDD theo SGA [15]. Nghiên cứu của Kuzu (2006) cho thấy tỷ lệ SDD theo đánh giá SGA của bệnh nhân trước phẫu thuật ổ bụng lớn là 58,3% và tỷ lệ biến chứng tăng ở nhóm SDD ở tất cả chỉ số đánh giá dinh dưỡng [16]. Các nghiên cứu còn cho thấy rằng tình trạng suy dinh dưỡng tăng lên trong thời gian nằm viện và càng nằm lâu thì mức độ suy dinh dưỡng càng tăng [17].

Tỷ lệ người bệnh có Albumin < 35g/l là 44,0%, có sự khác nhau giữa các vị trí của ung thư ống tiêu hóa nhưng khác biệt không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ). Nồng độ albumin huyết thanh trước mổ không chỉ dùng đánh giá tình trạng dinh dưỡng, độ nặng của bệnh mà còn là yếu tố có ý nghĩa trong tiên lượng biến chứng và tử vong sau phẫu thuật [18]. Nồng độ albumin huyết thanh càng giảm thì nguy cơ biến chứng, tử vong càng cao sau phẫu thuật [13],[19]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (44,0%) có albumin huyết thanh từ dưới 35g/l có cao hơn của Phạm Thị Thu Hương năm 2014 nghiên cứu trên người bệnh ung thư đại - trực tràng điều trị hóa chất tại Bệnh viện Bạch Mai (tỷ lệ người bệnh có Albumin < 35 g/l là 31,1%) [12]. Guerra thì nhấn mạnh đến vai trò của Transferin và Prealbumin trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thấy có sự biến đổi các chỉ số này trước và sau phẫu thuật [18]. Đối chiếu giữa nồng độ albumin và tình trạng dinh dưỡng theo SGA cũng cho thấy

bệnh nhân có Albumin thấp thường gặp ở nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng (bảng 4).

Giá trị năng lượng trung bình thực tế là  $1166,0 \pm 585,6$  Kcal đạt 56,7% so với nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị. Glucid của khẩu phần thực tế là  $178,4 \pm 104,1$ g/ngày, lượng protein tổng số và lipid tổng số đạt lần lượt 73,9 % và 58,9% so với khuyến nghị. Nhiều tác giả như Mislang, Chakravarty, Gath ... đều khuyến cáo cần đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện để có thể can thiệp hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ là rất cần thiết [11],[13],[15]. SDD ở người bệnh phẫu thuật là yếu tố nguy cơ làm tăng các biến chứng như: nhiễm trùng vết mổ, chậm liền vết mổ, nhiễm khuẩn, suy hô hấp, tỷ lệ tử vong cao hơn, thời gian nằm điều trị tại bệnh viện lâu hơn và chi phí bệnh viện tăng lên, thậm chí kết quả lâu dài cũng kém hơn [9],[20].

## 5. KẾT LUẬN

Đa phần bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa khi vào viện có tình trạng sút cân (76,6%) thậm chí có 17,7% giảm >10% trọng lượng. Tỷ lệ suy dinh dưỡng khá cao qua đánh giá bằng nhiều chỉ số: BMI (<18,5 chiếm 24,2%), SGA (71,0%) và Albumin máu (<35g/l chiếm 45%). Cả về giá trị năng lượng cũng như các chất dinh dưỡng chính (protein, lipid, glucid) đều chưa đạt so với nhu cầu khuyến nghị. Đó là vấn đề mà các phẫu thuật viên tiêu hoá cần quan tâm trong việc điều trị và phẫu thuật cho bệnh nhân.

Khuyến nghị: bệnh nhân có chỉ định mổ ống tiêu hóa cần được khám để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tư vấn chế độ dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật. Đối với những bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng cần được hỗ trợ dinh dưỡng đầy đủ trước phẫu thuật, thời gian hỗ trợ tùy thuộc vào tình trạng suy dinh dưỡng cũng như chế độ nuôi dưỡng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barker L.A, Gout B.S, Crowe T.C. "Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System", *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2011 Feb;8(2):514-27. doi: 10.3390/ijerph8020514.

2. Pham V.N, Cox-Reijven P.L, Grever J.W et Soeters P.B. "Application of subjective global assessment as a screening tool for malnutrition in surgical patients in Vietnam", *Clin Nutr* 2006 Feb;25(1):102-108. doi: 10.1016/j.clnu.2005.09.002

3. Solorzano-Pineda O.M., Rivera-Lopez F.A., Rubio-Martinez B. "Malnutrition incidence in surgical diabetic and non diabetic patients in general surgery department", *Nutr Hosp*, Sep-Oct 2012; 27(5), 1469-1471. doi: 10.3305/nh.2012.27.5.5686.

4. Tangvik R.J, Tell G.S, Guttormsen A.B, Eisman J.A, Henriksen A, Nilsen R.M et al. "Nutritional risk profile in a university hospital population", *Clin Nutr*, 2015 Aug;34(4):705-11. doi: 10.1016/j.clnu.2014.08.001.

5. Virizuela J.A., Cambor-Alvarez M., Luengo-Perez L.M., Grande E., Alvarez-Hernandez J., Sendros-Madrono M.J. Et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: an expert consensus report. *Clin Transl Oncol* 2017; 20(5): 619-629. DOI: 10.1007/s12094-017-1757-4.

6. De Pinho N.B., Martucci R.B., Rodrigues V.D. D'Almeida C.A., Thuler L.C., Saunders C. et al. Malnutrition associated with nutrition impact symptoms and localization of the disease: Results of a multicentric research on oncological nutrition. *Clinical Nutrition* 2019 Jun;38(3):1274-1279, doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.010.

7. López M.T.F., Baamil O.F., Doldán C.L. et al (2014). "Prevalence of malnutrition in not critically inpatients", *Nutr Hosp*, 2014 Dec 1; 30(6), 1375-1383. Osp. doi: 10.3305/nh.2014.30.6.7784.

8. Moriana M, Civera M, ARtero A., Alonso M.L.B., de

Sas Prada M.T., Labrador F.L. et al. "Validity of subjective global assessment as a screening method for hospital malnutrition. Prevalence of malnutrition in a tertiary hospital", *Endocrinol Nutr*, 2014 Apr;61(4):184-9. doi: 10.1016/j.endonu.2013.10.006.

9. Weimann A., Braga M., Carli F., Higashiguchi T., Hübner M., Klek S. et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition* 2017; 36, 623-650. DOI: 10.1016/j.clnu.2017.02.013.

10. Young L.S., Huong P.T., Lam N.T., Thu N.N., Van H.T., Hanh N.L. et al. Nutritional status and feeding practices in gastrointestinal surgery patients at Bach Mai Hospital, Hanoi, Vietnam. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2016;25(3):513-20. doi: 10.6133/apjcn.092015.15.

11. Mislang A.R., Donato S.D., Hubbard J., Krishna L., Mottino G., Bozzetti F. et al. Nutritional management of older adults with gastrointestinal cancers: An International Society of Geriatric Oncology (SIOG) review paper. *J Geriatr Oncol*. 2018 Jul;9(4):382-392. doi: 10.1016/j.jgo.2018.01.003. Epub 2018 Feb 1.

12. Pham Thi Thu Huong, Nguyen Thi Lam, Nghiem Nguyet Thu, Tran Chau Quyen, Dinh Thi Kim Lien, Nguyen Quoc Anh et al. "Prevalence of malnutrition in patients admitted to a major urban tertiary care hospital in Hanoi, Vietnam". *Asia Pac J Clin Nutr*. 2014; 23(3): 437-444. DOI: 10.6133/apjcn.2014.23.3.19.

13. Chakravarty C., Goswami L., Hazarika B., Ramasubban S. "Prevalence of malnutrition in a tertiary care hospital in India", *Indian J Crit Care Med*, 2013 May-Jun; 17(3): 170-173. doi: 10.4103/0972-5229.117058.

14. De Groot L.M., Lee G., Ackerie A. and Van de Meij B.S. Malnutrition Screening and Assessment in the Cancer Care Ambulatory Setting: Mortality Predictability and Validity of the Patient-Generated Subjective Global Assessment Short

form (PG-SGA SF) and the GLIM Criteria. *Nutrients* 2020, Jul 30;12(8):2287; doi:10.3390/nu12082287.

15. Garth AK, Newsome CM, Simmancer N and Crowe TC. "Nutritional status, nutrition practice and post-operative complications in patient with gastrointestinal cancer", *J Hum Nutr Diet*, 2010 Aug 23(4): 393-401. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01058.

16. Kuzu MA, Tezioglu H, Genc V., Erkek AB., Ozban M., Sonyurek P. et al. "Preoperative nutritional assessment in predicting postoperative outcome in patients undergoing major surgery", *World J surg*, 2006 Mar;30(3):378-90. doi: 10.1007/s00268-005-0163-1.

17. Gallegos Espinosa S., Nicolade Cifuentes M.; Santana Porben S. "State of malnutrition in hospital of Ecuador", *Nutr Hosp*, 2014; 30(2), 425-435. doi.

org/10.3305/nh.2014.30.2.7559.

18. Guerra LT, Rosa AR, Romani RF., Gurski RR., Schirmer CC., Kruehl CDP. "Serum transferrin and serum prealbumin as markers of response to nutritional support in patients with esophageal cancer", *Nutr Hosp* 2009; 24(2), 241-242.

19. Agarwal E., Ferguson M., Banks M., Bauer J., Capra S. and Isening E. "Nutritional status and dietary intake of acute care patients: results from the Nutrition Care Day Survey 2010", *Clin Nutr*, 2012 Feb, 31(1), 41-47. doi: 10.1016/j.clnu.2011.08.002.

20. Wang L., Miao Y., Chen T., Sun D., Ge S., Zuo L. et al. Value of the preoperative prognostic nutritional index for the evaluation of patient prognosis after radical gastrectomy. *Molecular and Clinical Oncology*, January 2020, 12: 196-201. doi: 10.3892/mco.2020.1980.