

Nghiên cứu gốc

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRƯỚC PHẪU THUẬT VÀ MỐI LIÊN QUAN ĐẾN BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG ANH NĂM 2024 – 2025

Đồng Thị Phương^{1,✉}, Nguyễn Thị Khánh Nam², Nguyễn Trọng Hưng³,
Hoàng Thị Thuý¹, Nguyễn Thị Duyên¹

¹ Bệnh viện đa khoa Đông Anh, Hà Nội

² Bệnh viện Châm cứu Trung ương

³ Viện Dinh dưỡng, Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa có chuẩn bị.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang kết hợp thuận tập tiến cứu được tiến hành trên 95 người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa (PTTH) có chuẩn bị tại Bệnh viện đa khoa Đông Anh.

Kết quả: Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh theo BMI, chu vi vòng cánh tay (MUAC) lần lượt là 9,5% và 25,3%, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 là 22,1%. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật đường tiêu hóa là 28,4%. Phân tích đa biến cho thấy tuổi ≥ 60 , trình độ học vấn dưới THPT và nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 là các yếu tố làm tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật, với aRR (95%CI) lần lượt là 1,91 (1,03–3,55), 2,60 (1,35–5,03) và 2,00 (1,09–3,67) ($p < 0,05$).

Kết luận: Nguy cơ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ở người bệnh còn tương đối cao. Người bệnh ≥ 60 tuổi, trình độ học vấn dưới THPT và nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 làm tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật đường tiêu hóa.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, phẫu thuật đường tiêu hóa, biến chứng sau phẫu thuật.

PRE-SURGICAL NUTRITIONAL STATUS AND ITS RELATIONSHIP TO POST-SURGERY COMPLICATIONS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT AT DONG ANH GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

ABSTRACT

Aims: To assess the preoperative nutritional status and identify factors associated with postoperative complications in patients undergoing elective gastrointestinal surgery.

Methods: A cross-sectional study combined with a prospective cohort component was conducted on 95 patients undergoing elective gastrointestinal surgery at Dong Anh General Hospital.

Results: The prevalence of preoperative malnutrition assessed by BMI and mid-upper arm circumference (MUAC) was 9.5% and 25.3%, respectively, while 22.1% of patients were at nutritional risk according to the NRS-2002. The overall postoperative complication rate was 28.4%.

✉ Tác giả liên hệ: Đồng Thị Phương
Email: dongphuong2604@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/1121

Nhận bài: 15/8/2026 Chính sửa: 18/8/2026
Chấp nhận đăng: 20/8/2026
Công bố online: 22/8/2026

Multivariable analysis showed that age ≥ 60 years, educational level below high school, and nutritional risk according to the NRS-2002 were associated with an increased risk of postoperative complications, with adjusted relative risks (aRRs) (95% CIs) of 1.91 (1.03–3.55), 2.60 (1.35–5.03), and 2.00 (1.09–3.67), respectively ($p < 0.05$).

Conclusion: Preoperative nutritional risk remained relatively common. Age ≥ 60 years, educational level below high school, and nutritional risk according to the NRS-2002 were associated with an increased risk of postoperative complications following gastrointestinal surgery.

Keywords: Nutritional status, malnutrition, gastrointestinal surgery, postoperative complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật đặc biệt trong phẫu thuật đường tiêu hóa. Suy dinh dưỡng (SDD) trước phẫu thuật khá phổ biến với khoảng 40 – 50% người bệnh ngoại khoa có biểu hiện SDD trước nhập viện, trong đó người bệnh phẫu thuật (PT) đặc biệt là phẫu thuật đường tiêu hóa có nguy cơ SDD cao hơn [1, 2]. SDD có thể ảnh hưởng đến quá trình hồi phục, làm tăng nguy cơ biến chứng và kéo dài thời gian điều trị. Do đó, đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật có ý nghĩa trong nhận diện sớm người bệnh SDD hoặc có nguy cơ SDD, từ đó có kế hoạch can thiệp dinh dưỡng phù hợp [2, 3].

Bên cạnh các chỉ số nhân trắc như chỉ số khối cơ thể (BMI), chu vi vòng cánh tay (MUAC), công cụ NRS-2002 cũng được sử dụng để sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh. Các công cụ bổ sung thông tin cho nhau: BMI đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) dựa trên cân nặng và chiều cao; MUAC phản ánh dự trữ mô mềm; NRS-2002 sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng dựa trên TTDD, giảm ăn,

mức độ nặng của bệnh và tuổi. Việc kết hợp ba công cụ giúp đánh giá toàn diện hơn tình trạng và nguy cơ dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật.

Nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức ghi nhận tỷ lệ SDD trước phẫu thuật theo BMI là 24,4% [4]. Nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Trà Vinh ghi nhận tỷ lệ SDD theo BMI là 33,2%, nguy cơ SDD theo NRS-2002 là 46,9% và cho thấy TTDD trước phẫu thuật có liên quan với biến chứng sớm sau mổ [1]. Tuy nhiên, còn ít nghiên cứu đánh giá đồng thời TTDD bằng BMI, MUAC và NRS-2002 cũng như mối liên quan giữa TTDD trước phẫu thuật với biến chứng sau phẫu thuật đường tiêu hóa. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật và mối liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện đa khoa Đông Anh năm 2024–2025”, nhằm đánh giá TTDD trước phẫu thuật và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật ở người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa có chuẩn bị.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật, kết hợp

thuận tập tiến cứu để xác định một số yếu tố nguy cơ đối với biến chứng sau phẫu thuật

đường tiêu hoá tại Bệnh viện Đa khoa Đông

Anh, Hà Nội từ tháng 3/2024-10/2025.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh có các tiêu chuẩn: từ 18 tuổi trở lên, phẫu thuật đường tiêu hóa có chuẩn bị tại Khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện đa khoa Đông Anh; thời gian điều trị nội trú từ 5 ngày trở lên; vị trí phẫu thuật thuộc thực quản, dạ dày, ruột, đại tràng, trực tràng – hậu môn, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa cấp cứu (như ruột thừa, tắc ruột, thủng tạng rỗng); người bệnh sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần, cảm giác hoặc không có khả năng trả lời phỏng vấn; người bệnh có khiếm khuyết ảnh hưởng đến nhân trắc như gù vẹo cột sống, cắt cụt chi hoặc không đứng được.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu một tỷ lệ

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu cần có; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với giá trị $\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%; $p = 0,24$ là tỷ lệ SDD trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đại trực tràng theo nghiên cứu của Chu Thị Trang và cộng sự tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023) [4]; d là khoảng sai lệch chấp nhận

được của nghiên cứu, chọn $d = 0,1$. Cỡ mẫu tính được 70 người bệnh, thực tế đã thu thập được 95 mẫu. Chọn mẫu thuận tiện những người bệnh đúng tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu. Mỗi đối tượng chỉ được lấy số liệu một lần trong suốt quá trình thu thập số liệu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu viên trực tiếp phỏng vấn người bệnh, đo các chỉ số nhân trắc và đánh giá nguy cơ SDD bằng NRS-2002. Cân nặng và chiều cao được đo bằng cân có thước đo chiều cao TZ-120, độ chính xác lần lượt 0,1 kg và 0,1 cm. MUAC được đo bằng thước dây mềm, không co giãn, độ chính xác 0,1 cm tại điểm giữa móm cùng vai và móm trên lồi cầu xương cánh tay. Thông tin về bệnh lý và phẫu thuật được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Các biến chứng sau phẫu thuật do bác sĩ điều trị đánh giá và ghi nhận trong bệnh án; nghiên cứu viên thu thập và theo dõi đến khi người bệnh ra viện.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh bao gồm các biến số: Cân nặng, chiều cao, BMI, chu vi vòng cánh tay (MUAC), phân loại nguy cơ SDD theo NRS 2002. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật của người

bệnh bao gồm: các yếu tố nhân khẩu học (tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thu nhập, người chăm sóc, phụ thuộc kinh tế) và TTDD trước PT (BMI, MUAC, NRS 2002).

Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI (WHO 2000) gồm: bình thường (18,5-24,9), thiếu năng lượng trường diễn ($< 18,5$), thừa cân-béo phì ($\geq 25,0$). *Chu vi vòng cánh tay (Mid Upper Arm Circumference – MUAC)*: Không SDD: Khi MUAC ≥ 23 cm với nữ, ≥ 24 cm với nam. SDD: Khi MUAC < 23 cm với nữ, < 24 cm với nam.

Phương pháp đánh giá NRS-2002: Theo Kondrup và cộng sự (2003), việc đánh giá dựa trên ba thành phần gồm tình trạng dinh dưỡng (BMI, mức độ sụt cân và giảm lượng ăn), mức độ nặng của bệnh và tuổi. Tình trạng dinh dưỡng và mức độ nặng của bệnh được chấm từ 0–3 điểm;

người bệnh ≥ 70 tuổi được cộng thêm 1 điểm. [5]. Có nguy cơ SDD: khi người bệnh có điểm đánh giá theo NRS – 2002 ≥ 3 điểm. Không có nguy cơ SDD: khi người bệnh có điểm đánh giá theo NRS–2002 < 3 điểm.

Biến chứng sau phẫu thuật: Để thuận tiện cho trình bày kết quả, các biến chứng sau phẫu thuật được gộp theo đặc

điểm lâm sàng thành 4 nhóm: biến chứng liên quan phẫu thuật/vết mổ; biến chứng tiêu hóa; biến chứng nhiễm trùng/hô hấp; và biến chứng khác. Một người bệnh có thể có một hoặc nhiều nhóm biến chứng. Người bệnh được xác định có biến chứng sau phẫu thuật khi bác sĩ điều trị chẩn đoán và ghi nhận ít nhất một trong các biến chứng trên trong hồ sơ bệnh án trong thời gian theo dõi.

2.5. Phân tích số liệu

Số liệu được kiểm tra, làm sạch và phân tích bằng SPSS 16.0. Thống kê mô tả gồm tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định Chi-square (χ^2) hoặc Fisher's exact test được sử dụng để so sánh các tỷ lệ. Nguy cơ tương đối (RR) và khoảng tin cậy 95% (95%CI) được sử dụng trong phân tích đơn biến.

Các yếu tố có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy Poisson với phương sai robust để ước tính RR hiệu chỉnh (aRR) và 95%CI. Đa cộng tuyến giữa các biến trong mô hình được kiểm tra bằng hệ số VIF. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích và nội dung nghiên cứu, tham gia hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không cần nêu lý do. Thông tin cá nhân được bảo mật; số liệu được lưu giữ và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu

khoa học. Đề tài đã được Hội đồng Khoa học kỹ thuật Bệnh viện nghiệm thu theo Quyết định số 1683/QĐ-BVĐKĐA ngày 22/10/2025 và được Sở Y tế Hà Nội công nhận hiệu quả áp dụng, khả năng nhân rộng theo Quyết định số 2797/QĐ-SYT ngày 12/12/2025.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=95)

Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
Giới tính nam	58 (61,1)	Tình trạng kinh tế	
Nhóm tuổi		Không phụ thuộc	68 (71,6)
Từ 18 – 59 tuổi	58 (61,1)	Phụ thuộc một phần	17 (17,9)
≥ 60 tuổi	37 (38,9)	Phụ thuộc hoàn toàn	10 (10,5)
Học vấn		Số người chăm sóc	
Tiểu học	15 (15,8)	Không có	9 (9,5)
Trung học cơ sở	22 (23,2)	1	66 (69,5)
Trung học phổ thông	37 (38,9)	≥ 2	20 (21,0)
Trung cấp trở lên	21 (22,1)	Thu nhập (triệu đồng)	
Tình trạng hôn nhân		< 5	22 (23,2)
Độc thân, ly hôn, ly thân, góa	18 (18,9)	5 – 10	45 (47,4)
Đang sống cùng vợ hoặc chồng	77 (81,1)	> 10	28 (29,4)

Theo Bảng 1, đối tượng nam (61,1%) nhiều hơn nữ (38,9%), người bệnh từ 18 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn (61,1%). Đa số đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có trình độ trung học phổ thông (38,9%), phần lớn

đang sống cùng vợ/chồng (81,1%). Đa số người bệnh có thu nhập bình quân từ 5–10 triệu đồng/tháng (47,4%), không phụ thuộc kinh tế (71,6%) và có 1 người chăm sóc (69,5%).

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật (n=95)

Phương pháp		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
BMI	CED (<18,5)	9	9,5
	Bình thường (18,5 – 24,9)	73	76,8
	Thừa cân - béo phì (≥ 25)	13	13,7
MUAC	SDD	24	25,3
	Không SDD	71	74,7
NRS-2002	Có nguy cơ SDD	21	22,1
	Chưa có nguy cơ SDD	74	77,9

Theo Bảng 2, 76,8% người bệnh có BMI bình thường; 13,7% người bệnh TC-BP và 9,5% người bệnh SDD. Theo MUAC: 74,7% người bệnh không SDD và 25,3% người bệnh SDD. Theo NRS-

2002: 77,9% người bệnh không có nguy cơ SDD và 22,1% có nguy cơ SDD.

Trong tổng số 95 người bệnh, có 71,6% người bệnh không có biến chứng đường tiêu hoá và 28,4% có biến chứng sau phẫu thuật đường tiêu hoá.

Bảng 3. Phân bố và sự kết hợp các nhóm biến chứng sau phẫu thuật của người bệnh

Nhóm biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân bố các nhóm biến chứng trên toàn bộ mẫu nghiên cứu (n=95)		
Liên quan phẫu thuật/vết mổ	12	12,6
Tiêu hóa	18	18,9
Nhiễm trùng/hô hấp	8	8,4
Khác	15	15,8
Số nhóm biến chứng đồng thời ở người bệnh có biến chứng (n=27)		
1 nhóm biến chứng	6	22,2
2 nhóm biến chứng	16	59,3
3 nhóm biến chứng	5	18,5
Tổng	27	100

Bảng 3 trình bày phân bố các nhóm biến chứng sau phẫu thuật. Trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, biến chứng tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (18,9%), tiếp theo là nhóm biến chứng khác (15,8%) và biến

chứng liên quan phẫu thuật/vết mổ (12,6%). Trong 27 người bệnh có biến chứng, 59,3% có đồng thời hai nhóm biến chứng, 22,2% có một nhóm và 18,5% có ba nhóm biến chứng.

Bảng 4. Phân tích đơn biến một số yếu tố nguy cơ với biến chứng sau phẫu thuật của người bệnh (n=95)

Đặc điểm	Biến chứng sau phẫu thuật		RR	95%CI	p
	Có, n (%)	Không, n (%)			
Giới tính					
Nam	15 (25,9)	43 (74,1)	0,85	0,46 – 1,57	0,5*
Nữ	12 (32,4)	25 (67,6)			
Nhóm tuổi					
≥ 60 tuổi	15 (40,5)	22 (59,5)	1,96	1,04 – 3,71	0,036*
< 60 tuổi	12 (20,7)	46 (79,3)			
Trình độ học vấn					
< THPT	17 (45,9)	20 (54,1)	2,66	1,37 – 5,17	0,002*
≥ THPT	10 (17,2)	48 (82,8)			
Tình trạng hôn nhân					
Sống cùng vợ/chồng	21 (27,3)	56 (72,7)	0,82	0,38 – 1,78	0,6*
Khác	6 (33,3)	12 (66,7)			
Thu nhập bình quân					
≤ 10tr/ tháng	20 (29,9)	47 (70,1)	1,20	0,57 – 2,53	0,4*
> 10tr/ tháng	7 (25,0)	21 (75,0)			
Người chăm sóc					
0 – 1	25 (33,3)	50 (66,7)	3,33	0,9 – 12,9	0,051**
> 1	2 (10,0)	18 (90,0)			
Phụ thuộc kinh tế					
Không phụ thuộc	18 (26,5)	50 (73,5)	0,79	0,41 – 1,53	0,5*
Phụ thuộc	9 (33,3)	18 (66,7)			
BMI					
< 18.5	5 (55,6)	4 (44,4)	2,17	0,98 – 4,32	0,11**
≥ 18.5	22 (25,6)	64 (74,4)			
Chu vi vòng cánh tay (MUAC)					
SDD	9 (37,5)	15 (62,5)	1,48	0,77 – 2,84	0,3*
Không SDD	18 (25,4)	53 (74,6)			
NRS 2002					
Có nguy cơ SDD	12 (57,1)	9 (42,9)	2,82	1,57 – 5,06	0,001*
Chưa có nguy cơ SDD	15 (20,3)	59 (79,7)			

* χ^2 – test; **Fisher exact test

Theo Bảng 4, người bệnh từ 60 tuổi trở lên có nguy cơ gặp biến chứng bằng 1,96 lần người bệnh nhóm tuổi dưới 60 (RR = 1,96; 95%CI: 1,04 – 3,71; p = 0,036). Người bệnh có trình độ học vấn dưới THPT có nguy cơ gặp biến chứng bằng 2,66 lần người bệnh có trình độ học

vấn từ THPT trở lên (RR = 2,66; 95%CI: 1,37–5,17; p = 0,002). Người bệnh có nguy cơ SDD theo NRS 2002 có nguy cơ gặp biến chứng sau phẫu thuật bằng 2,82 lần người bệnh chưa có nguy cơ SDD (RR = 2,82; 95%CI: 1,57–5,06; p = 0,001).

Bảng 5. Phân tích đa biến một số yếu tố nguy cơ với biến chứng sau phẫu thuật của người bệnh (n=95)

Yếu tố	aRR	95%CI	p
Tuổi ≥ 60	1,91	1,03–3,55	0,040
Trình độ học vấn < THPT	2,60	1,35–5,03	0,004
Có nguy cơ SDD theo NRS-2002	2,00	1,09–3,67	0,026

Hồi quy Poisson với phương sai robust. Nhóm tham chiếu tương ứng: tuổi <60, trình độ học vấn $\geq$ THPT và chưa có nguy cơ SDD theo NRS-2002. Không ghi nhận đa cộng tuyến giữa các biến trong mô hình (VIF <2).

Kết quả Bảng 5 phân tích đa biến cho thấy tuổi ≥ 60 , trình độ học vấn dưới THPT và nguy cơ SDD theo NRS-2002 vẫn là các yếu tố làm tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật sau khi hiệu chỉnh đồng thời các yếu tố trong mô hình ($p < 0,05$). Trong đó, người bệnh ≥ 60 tuổi có nguy cơ biến chứng cao gấp 1,91 lần

(aRR=1,91; 95%CI: 1,03–3,55); người bệnh có trình độ học vấn dưới THPT có nguy cơ cao gấp 2,60 lần (aRR=2,60; 95%CI: 1,35–5,03); người bệnh có nguy cơ SDD theo NRS-2002 có nguy cơ cao gấp 2,00 lần (aRR=2,00; 95%CI: 1,09–3,67) so với các nhóm tham chiếu tương ứng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật

Tỷ lệ người bệnh có tình trạng SDD trước phẫu thuật theo BMI là 9,5%, thấp hơn so với một số nghiên cứu của Lê Nguyễn Thanh Trúc (2023) tại Bệnh viện đa khoa Trà Vinh là 33,2% [1], nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Huyền (2022) [6] tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho thấy tỷ lệ người bệnh SDD theo BMI là 17,8%. Như vậy có thể thấy, mặc dù tỷ lệ người bệnh SDD theo BMI có sự khác nhau giữa các nghiên cứu trong nước, song nhìn chung, tỷ lệ người bệnh SDD vẫn ở mức tương đối cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh SDD trước phẫu thuật theo chu vi vòng cánh tay (MUAC) là 25,3%, tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Huyền (2022) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với tỷ lệ SDD theo MUAC là 23,3% [6]. Sự khác biệt về tỷ lệ SDD giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm bệnh lý, tuổi và vị trí phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu.

Công cụ sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng (NRS 2002) là một trong những công cụ tầm soát ban đầu nhanh, đơn giản và dễ thực hiện, được Hiệp hội dinh dưỡng lâm sàng và chuyên hóa Châu Âu (ESPEN) khuyến cáo sử dụng. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD theo NRS 2002 trong nghiên cứu của chúng tôi là 22,1%, thấp hơn đáng kể nghiên cứu của Lê Nguyễn Thanh Trúc (2023) tại Bệnh viện đa khoa Trà Vinh với tỷ lệ 46,9% [1], thấp hơn nghiên cứu của tác giả Lihua Dou (2020) tại Trung Quốc thực hiện trên bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày là 34,3% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn người bệnh được đánh giá trước phẫu thuật chương trình, với những phẫu thuật không quá lớn, thể trạng chung còn tương đối ổn định, ít trường hợp suy kiệt hoặc bệnh mạn tính tiến triển. Trong khi đó, các nghiên cứu khác thực hiện trên người bệnh nội trú đa khoa hoặc ung thư giai đoạn muộn, vốn có nguy cơ SDD cao hơn do bệnh kéo dài, điều trị hóa – xạ trị hoặc

biến chứng toàn thân, khi TTDD đã giảm sút do stress chuyển hóa, viêm, hoặc giảm ăn uống. Bệnh viện chúng tôi, nơi thực hiện nghiên cứu đã triển khai sàng lọc và tư vấn dinh dưỡng sớm cho người bệnh trước mổ. Việc triển khai sàng lọc và tư vấn dinh dưỡng sớm tại Bệnh viện có thể

4.2. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật đường tiêu hóa

Tuổi: Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi là 40,5%, cao hơn nhóm < 60 tuổi (20,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sau khi hiệu chỉnh theo trình độ học vấn và nguy cơ SDD theo NRS-2002, tuổi ≥ 60 vẫn làm tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật (aRR=1,91; 95%CI: 1,03–3,55; p=0,040), cho thấy ảnh hưởng của tuổi vẫn còn sau khi kiểm soát các yếu tố trong mô hình. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Bùi Thị Phương (2017) [8], với tỷ lệ biến chứng ở nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi lần lượt là 21,7% và 27,8%, nhưng thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương (2016), với tỷ lệ tương ứng là 57,1% và 72,2% [9]. Tuổi cao có thể đi kèm suy giảm chức năng sinh lý, nhiều bệnh đồng mắc và khả năng hồi phục sau phẫu thuật kém hơn, góp phần làm tăng nguy cơ biến chứng.

Trình độ học vấn: Trong phân tích đa biến, trình độ học vấn dưới THPT vẫn làm tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật (aRR=2,60; 95%CI: 1,35–5,03; p=0,004). Một giả thuyết có thể giải thích cho kết quả này là do người bệnh có trình độ học vấn thấp thường hạn chế trong việc tiếp nhận, hiểu và tuân thủ các hướng dẫn y tế, đặc biệt là các khuyến cáo về dinh dưỡng, vận động và chăm sóc sau mổ. Sự thiếu hiểu biết về các dấu hiệu cảnh báo sớm biến chứng cũng có thể khiến người bệnh đến bệnh viện muộn hoặc không báo cáo kịp thời cho nhân viên y tế, dẫn đến tình trạng nặng hơn.

là một trong những yếu tố góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng trước khi tiến hành phẫu thuật. Dù cùng sử dụng NRS – 2002, một số nghiên cứu có thể áp dụng khác nhau về cách chấm điểm tuổi, mức độ bệnh hoặc giảm ăn uống, dẫn đến sai khác về tỷ lệ phân loại nguy cơ SDD.

Nguy cơ SDD theo NRS-2002: Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở người bệnh có nguy cơ SDD là 57,1% cao hơn so với nhóm chưa có nguy cơ SDD (20,3%). Sau khi hiệu chỉnh theo tuổi và trình độ học vấn, nguy cơ SDD theo NRS-2002 vẫn làm tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật (aRR=2,00; 95%CI: 1,09–3,67; p=0,026), cho thấy giá trị của sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng trước phẫu thuật trong nhận diện nhóm người bệnh có nguy cơ biến chứng cao. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Phương [8] có tỷ lệ biến chứng ở nhóm người bệnh không có nguy cơ dinh dưỡng là 16,7% và nhóm có nguy cơ dinh dưỡng là 30,4%; trong khi nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương cho kết quả tỷ lệ biến chứng giữa hai nhóm có nguy cơ và không có nguy cơ tương đương nhau (63,6% và 64,7%) [9]. Sự khác biệt có thể do đặc điểm mẫu nghiên cứu khác nhau, như loại phẫu thuật (đường tiêu hoá trên hoặc dưới), mức độ nặng của bệnh lý nền, cũng như chất lượng chăm sóc dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật tại các cơ sở y tế khác nhau.

Hạn chế: Nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện, chọn mẫu thuận tiện 95 người bệnh nên thiếu tính khái quát. Chưa ghi nhận biến chứng xuất hiện sau xuất viện. Nghiên cứu sử dụng BMI, MUAC và NRS-2002 để đánh giá, sàng lọc tình trạng và nguy cơ dinh dưỡng, chưa sử dụng các công cụ đánh giá/chẩn đoán suy dinh dưỡng như SGA hoặc tiêu chuẩn GLIM.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ SDD trước phẫu thuật là 9,5% theo BMI và 25,3% theo MUAC; 22,1% người bệnh có nguy cơ SDD theo NRS-2002. Tỷ lệ có ít nhất một biến chứng sau phẫu thuật là 28,4%. Phân tích đa biến cho thấy tuổi ≥ 60 , trình độ học vấn dưới THPT và nguy cơ SDD theo NRS-2002

làm tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật, với aRR (95%CI) lần lượt là 1,91 (1,03–3,55), 2,60 (1,35–5,03) và 2,00 (1,09–3,67). Kết quả cho thấy cần sàng lọc dinh dưỡng trước phẫu thuật, đặc biệt bằng NRS-2002, để nhận diện sớm nhóm người bệnh nguy cơ cao.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Nguyễn Thanh Trúc, Trần Thị Tường Vy và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ và một số biến chứng sớm sau mổ đường tiêu hóa tại khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 524(1B): 269–72.
2. Norman K, Pichard C, Lochs H và cộng sự. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition*. 2008. 27(1):5–15.
3. Hoàng Thị Bạch Yến, Bùi Thị Phương Anh và cộng sự. Sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2018. 8(2): 73–8.
4. Chu Thị Trang, Đỗ Tất Thành và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024.540(2):317–20.
5. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z, Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*. 2003.22(3):321–36. doi:10.1016/S0261-5614(02)00214-5.
6. Bùi Thị Huyền, Trần Thị Ngọc, Đào Thị Thu Hằng, Trần Minh Hải, Nguyễn Trọng Hưng. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước khi phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2021–2022. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2022. 18(2):18–24. doi:10.56283/1859-0381/106.
7. Dou L, Wang X, Cao Y. và cộng sự. Relationship between Postoperative Recovery and Nutrition Risk Screened by NRS 2002 and Nutrition Support Status in Patients with Gastrointestinal Cancer. *Nutrition and Cancer*. 2020.72(1):33–40.
8. Bùi Thị Phương, Dương Thị Phương, Đinh Đức Thiện. Tình trạng dinh dưỡng, biến chứng sau phẫu thuật trên bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2017. 13(4):85–92.
9. Trần Thị Giáng Hương và Nguyễn Thùy Linh. Tình trạng dinh dưỡng trước, sau phẫu thuật và một số yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật trên 39 bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2015. *Tạp chí Y Dược Thực hành*. 2016. 175, 5(1):85–92.