

Nghiên cứu gốc

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT ỚNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN, HẢI PHÒNG NĂM 2019

Nguyễn Bá Phước<sup>1</sup>, Phạm Thị Hương Len<sup>1</sup>, Cáp Minh Đức<sup>2,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật ống tiêu hóa.

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 60 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật ống tiêu hoá tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân được đánh giá theo chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index), công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng chủ quan toàn diện SGA (Subjective Global Assessment) và chỉ số albumin máu.

**Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng là 21,7%, 48,3% và 20,0% lần lượt đánh giá theo BMI, SGA, và albumin máu. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng vừa là 33,3%, và nguy cơ suy dinh dưỡng nặng là 15,0% đánh giá theo SGA.

**Kết luận:** Suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật ống tiêu hóa tại Bệnh viện Kiến An. Bệnh nhân vào viện phẫu thuật ống tiêu hóa cần được sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng để phát hiện những bệnh nhân có nguy cơ về dinh dưỡng và được can thiệp về dinh dưỡng kịp thời.

**Từ khóa:** Tình trạng dinh dưỡng, phẫu thuật ống tiêu hoá, bệnh viện Kiến An.

## NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS BEFORE GASTRO-INTESTINAL SURGERY AT KIEN AN GENERAL HOSPITAL, HAI PHONG IN 2019

### ABSTRACT

**Aims:** To describe the nutritional status of patients before gastrointestinal surgery.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted on 60 patients with indications for gastrointestinal surgery at Kien An General Hospital, Hai Phong. Nutritional status of the patients was evaluated according to Body Mass Index (BMI), Subjective Global Assessment (SGA) and serum albumin index.

**Results:** The percentages of malnutrition were 21.7, 48.3, and 20.0%, respectively, according to BMI, SGA, and serum albumin index. The percentages of patients at risk of moderate and severe malnutrition were 33.3 and 15.0%, respectively, according to SGA.

**Conclusion:** Malnutrition was a common status in patients hospitalized for gastrointestinal surgery at Kien An Hospital. They should be screened and evaluated for nutritional status to detect the nutritional risk and receive timely nutritional intervention.

**Keywords:** nutrition status, gastrointestinal surgery, Kien An General Hospital.

✉ Tác giả liên hệ: Cáp Minh Đức  
Email: minhduc.ydhp@gmail.com  
Doi: 10.56283/1859-0381/421

Nhận bài: 3/4/2023  
Chấp nhận đăng: 18/4/2023  
Công bố online: 30/4/2023

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng có vai trò vô cùng quan trọng với người bệnh, nghiên cứu cho thấy người bệnh nằm viện có vấn đề về dinh dưỡng chiếm tỷ lệ từ 20–50% [1, 2]. Suy dinh dưỡng (SDD) làm gia tăng các biến chứng sau mổ, làm kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị [3]. Vấn đề dinh dưỡng ở người bệnh nằm viện dù có nhiều tiên bộ nhưng vẫn còn chưa được quan tâm thấu đáo [4].

Đối với người bệnh được phẫu thuật, dinh dưỡng càng đóng vai trò quan trọng. SDD làm gia tăng các biến chứng phẫu thuật như nhiễm trùng vết mổ, bục xỉ miệng nối, chậm lành vết thương... Bên

cạnh đó, SDD còn liên quan đến các biến chứng khác như viêm phổi, nhiễm trùng huyết [5, 6]. Ở người bệnh chấn thương, SDD cũng là yếu tố liên quan đến bệnh suất và tử suất, kéo dài thời gian nằm viện [7].

Để có cơ sở khoa học từ đó đưa các biện pháp can thiệp nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng (TTDD) toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa và nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả TTDD của bệnh nhân trước phẫu thuật ống tiêu hóa tại Bệnh viện Kiên An, Hải Phòng năm 2019.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn toàn bộ 60 bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa tại bệnh viện trong năm 2019 và phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân nhập viện phẫu thuật ống tiêu hóa đơn thuần (dạ dày, ruột non, đại tràng, trực

tràng), bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa cấp cứu (viêm ruột thừa, thủng tạng rỗng...), các phẫu thuật khác (sỏi thận, mổ lấy thai...). Bệnh nhân chỉ định phẫu thuật ống tiêu hóa kèm theo có thai, câm, điếc.

### 2.2. Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá TTDD bằng BMI dựa vào phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới WHO (2000): Thiếu năng lượng trường diễn khi BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>; bình thường khi BMI: 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>; thừa cân khi BMI: 25,0–29,9 kg/m<sup>2</sup>; béo phì khi BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>.

Đánh giá TTDD bằng công cụ SGA (Subjective Global Assessment): TTDD

của người bệnh chia thành 3 nhóm: SGA-A là TTDD bình thường; SGA-B là SDD vừa; SGA-C là SDD nặng.

Đánh giá TTDD theo albumin máu: Bình thường: Albumin ≥ 35 g/L; SDD nhẹ: 30 – < 35 g/L; SDD vừa: 21–30 g/L; SDD nặng: < 21 g/L.

### 2.3. Phân tích số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %. Sử dụng kiểm

định t-test để so sánh trung bình giữa các nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## 2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo đề cương đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Kiên An, Hội đồng đạo đức Sở Y tế Hải Phòng phê duyệt. Bệnh nhân được cung cấp đầy đủ thông tin về mục

đích, nội dung nghiên cứu và tình nguyện tham gia. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ

**Bảng 1.** Thông tin chung của bệnh nhân ( $n = 60$ )

Thông tin	Số lượng ( $n$ )	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	15	25,0
	50–59 tuổi	9	15,0
	60–69 tuổi	28	46,7
	$\geq 70$ tuổi	8	13,3
Giới tính	Nam	40	66,7
	Nữ	20	33,3
Loại phẫu thuật	Dạ dày	27	45,0
	Ruột non	20	33,3
	Đại tràng	8	13,3
	Hậu môn/Trực tràng	5	8,3

Theo kết quả ở Bảng 1, bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 60–69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%), thấp nhất là bệnh nhân  $\geq 70$  tuổi chiếm 13,3%. Tỷ lệ bệnh nhân nam là 66,7%. Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật dạ dày là cao nhất (45,0%),

phẫu thuật hậu môn/trực tràng là thấp nhất (8,3%).

Theo chỉ số BMI, tỷ lệ bệnh nhân thiếu cân là 21,7%. Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật dạ dày, ruột non, đại tràng thiếu cân lần lượt là 29,6%, 20,0% và 2,5% (Bảng 2).

**Bảng 2.** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo chỉ số BMI ( $n = 60$ )

Loại phẫu thuật	Thiếu cân, $n$ (%)	Bình thường, $n$ (%)
Dạ dày	8 (29,6)	19 (70,4)
Ruột non	4 (20,0)	16 (80,0)
Đại tràng	1 (2,5)	7 (87,5)
Hậu môn/Trực tràng	-	5 (100)
Tổng	13 (21,7)	47 (78,3)

**Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo công cụ SGA (n = 60)**

Tình trạng dinh dưỡng Loại phẫu thuật	SGA-A n (%)	SGA-B n (%)	SGA-C n (%)
Dạ dày	17 (63,0)	6 (22,2)	4 (14,8)
Ruột non	8 (40,0)	9 (45,0)	3 (15,0)
Đại tràng	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)
Hậu môn/Trực tràng	4 (80,0)	1 (20,0)	-
Tổng	31 (51,7)	20 (33,3)	9 (15,0)

Bảng 3 trình bày tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân bằng phương pháp SGA. Trước phẫu thuật, 51,7% bệnh nhân có chỉ số SGA ở mức A, 33,3% bệnh nhân SGA ở mức B và 15,0% có SGA ở mức C.

Bệnh nhân SGA-C có nồng độ albumin huyết thanh ở bệnh nhân SGA-A, SGA-B. và SGA-C lần lượt là

37,3 ± 5,7; 35,8 ± 5,8; 32,4 ± 6,2 (p=0,092).

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ người bệnh có albumin < 35g/l là 20%. Bệnh nhân phẫu thuật dạ dày, ruột non, hậu môn/trực tràng có chỉ số albumin đa số ở mức ≥ 35 g/l, 50,0% bệnh nhân phẫu thuật đại tràng có chỉ số albumin ở mức < 30 g/l.

**Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo nồng độ albumin huyết thanh (n = 60)**

Tình trạng dinh dưỡng Loại phẫu thuật	< 30 g/l n (%)	30 - < 35 g/l n (%)	≥ 35 g/l n (%)
Dạ dày	5 (18,5)	1 (3,7)	21 (77,8)
Ruột non	1 (5,0)	-	19 (95,0)
Đại tràng	4 (50,0)	-	4 (50,0)
Hậu môn/Trực tràng	1 (20,0)	-	4 (80,0)
Tổng	11 (18,3)	1 (1,7)	48 (80,0)

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 60 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tiêu hoá tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam là 66,7%, nữ là 33,3%; nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,7%, thấp nhất là bệnh nhân ≥ 70 tuổi chiếm 13,3%. Bệnh nhân phẫu thuật dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất (45,0%), phẫu thuật hậu môn/trực tràng là thấp

nhất (8,3%). Điều này chứng tỏ các bệnh lý về dạ dày vẫn chiếm tỷ lệ lớn trong phẫu thuật đường tiêu hóa. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Giáng Hương và cộng sự trên nhóm người bệnh sau phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 46,2% phẫu thuật dạ dày, 36,5% phẫu thuật đại-trực tràng và 17,4% là phẫu thuật khác [8].

Nghiên cứu cho thấy SDD là tình trạng hay gặp ở bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa tại thời điểm nhập viện, tỷ lệ SDD khác nhau tùy theo phương pháp đánh giá. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá TTDD của bệnh nhân theo chỉ số BMI, sử dụng phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan (SGA), và xét nghiệm nồng độ albumin máu.

Theo chỉ số BMI, tỷ lệ bệnh nhân thiếu cân là 21,7%, tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả đánh giá TTDD của bệnh nhân tại khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2013, tỷ lệ bệnh nhân nam, nữ thiếu cân lần lượt là 39,2% và 33,9% [1]; cao hơn kết quả nghiên cứu trên 130 bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ 10/2020 - 02/2021, tỷ lệ bệnh nhân SDD theo chỉ số BMI là 13,1% [9]. Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân phẫu thuật dạ dày có tỷ lệ SDD cao nhất 29,6%, sau đó đến phẫu thuật ruột non với 20,0%, phẫu thuật đại tràng là 12,5%, kết quả này tương đồng kết quả nghiên cứu của tác giả Chu Thị Tuyết năm 2013 trên bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng-tiêu hóa tại Bệnh viện Bạch Mai, trong đó phẫu thuật dạ dày có tỷ lệ SDD cao nhất 45,7%, sau đó đến phẫu thuật đại/trực tràng 28,3% [10]. Tỷ lệ SDD cao có thể do dạ dày là nơi chứa đựng thức ăn, thức ăn khi vào dạ dày gây phản ứng kích thích gây đau do vậy bệnh nhân không dám ăn hoặc không ăn được, lâu ngày dẫn đến tình trạng thiếu năng lượng - protein trường diễn.

Cùng với đánh giá TTDD theo chỉ số khối cơ thể, chúng tôi còn tiến hành đánh giá TTDD theo phương pháp tổng thể chủ quan (SGA), đây là phương pháp đánh giá theo chủ quan, không cần tính toán, quan trọng nhất là bệnh nhân có giảm cân nặng, giảm khẩu phần ăn, tình

trạng mất lớp mỡ dưới da và mức độ teo cơ. Đây là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong đánh giá TTDD ở bệnh nhân ngoại khoa. Các nghiên cứu đã chỉ ra SGA là phương pháp có giá trị tiên đoán hậu quả lâm sàng sau phẫu thuật. Sử dụng SGA để sàng lọc bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhằm can thiệp dinh dưỡng. Nhiều nghiên cứu đã sử dụng SGA để sàng lọc nguy cơ SDD của bệnh nhân trước phẫu thuật. Các bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật ống tiêu hóa có nguy cơ SDD khá cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ SDD theo SGA (SGA-B và SGA-C) ở bệnh nhân nhập viện phẫu thuật ổ bụng tiêu hóa là 48,3%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu trên bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013 (46,0%) [10]; thấp hơn kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Cần Thơ, tỷ lệ bệnh nhân trước phẫu thuật SDD (SGA mức độ B và C) là 55,7%, trong đó tỷ lệ SDD ở bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa là 77,7% [11], kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 175, TP. Hồ Chí Minh, tỷ lệ này là 54,1% [12], và thấp hơn kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quân Y 103, tỷ lệ bệnh nhân trước phẫu thuật nguy cơ SDD nhẹ là 57,1%, nguy cơ SDD cao là 32,1% [13]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ dinh dưỡng mức độ vừa (SGA-B) ở nhóm bệnh lý đại tràng 50%, ruột non 45%, dạ dày 22,2%. Tương tự mức độ nguy cơ về SDD mức độ nặng (SGA-C) ở nhóm bệnh lý đại tràng chiếm tỷ lệ cao với 25%, tiếp đến là ruột non với 15% và dạ dày là 14,8%. Như vậy nguy cơ về SDD của nhóm nghiên cứu ở các vị trí phẫu thuật khác nhau theo phương pháp SGA có sự khác biệt so với BMI. Điều này cũng dễ giải thích do SGA là phương

pháp đánh giá chủ quan theo từng người. Tuy nhiên việc đánh giá dinh dưỡng bằng SGA sẽ giúp bao phủ đối tượng nhiều hơn, tránh bỏ sót những trường hợp có nguy cơ SDD so với BMI (tỷ lệ nguy cơ dinh dưỡng theo SGA là 48,3%, BMI là 21,7%).

Nồng độ albumin huyết thanh trước mổ không chỉ dùng đánh giá TTDD, độ nặng của bệnh mà còn là yếu tố có ý nghĩa trong tiên lượng biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Nếu nồng độ albumin huyết thanh càng giảm thì nguy cơ biến chứng, tử vong sau phẫu thuật càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh có albumin < 35g/l là 20,0%, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Chu Thị Tuyết tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013 với 28,3% [10]. Nồng độ albumin < 35g/l gặp nhiều ở bệnh lý đại

tràng với 50%, tiếp đến là dạ dày với 22,2%, trực tràng với 20% và ruột non là 5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ albumin < 35 g/l cao hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thùy An (18,3%) [5]. Điều này có thể vì bệnh nhân của chúng tôi thường đến viện muộn, khi triệu chứng lâm sàng đã diễn hình bệnh nhân mới đến khám và can thiệp. Như vậy bệnh nhân trong một thời gian dài bị bệnh làm ảnh hưởng đến khả năng ăn uống và khả năng hấp thu của bệnh nhân. Mặt khác đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm bệnh lý ống tiêu hóa (dạ dày, ruột non, đại/trực tràng) nơi ảnh hưởng trực tiếp tới việc tiêu hóa hấp thu thức ăn, trong khi đó đối tượng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thùy An chỉ khu trú bệnh lý gan mật và tụy.

## V. KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật ống tiêu hóa tại Bệnh viện Kiến An. Bệnh nhân vào viện phẫu thuật ống tiêu hóa cần được sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng để phát hiện

những bệnh nhân có nguy cơ về dinh dưỡng và được can thiệp kịp thời. Khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng nên sử dụng công cụ sàng lọc SGA để tránh bỏ sót đối tượng cần can thiệp dinh dưỡng.

## Tài liệu tham khảo

1. Phạm Thu Hương, Nghiêm Nguyệt Thu, Trần Châu Nguyên, et al. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nhập viện khoa Tiêu hóa và Nội tiết tại Bệnh viện Bạch Mai. Đề tài cơ sở, Viện Dinh dưỡng quốc gia. 2006.
2. DeLegge MH. Nutritional assessment. *In Nutrition and Gastrointestinal Diseases*. 2008; 1: 334.
3. Braunschweig C, Gomez S, Sheean PM. Impact of Declines in Nutritional Status on Outcomes in Adult Patients Hospitalized for More Than 7 days. *Journal of the American Dietetic Association*. 2000;100 (11):1316-1322.
4. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ*. 1994;308(6934):945-948.
5. Nguyễn Thùy An, Lưu Ngân Tâm. Tình trạng dinh dưỡng và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật trong bệnh lý gan mật tụy. Luận văn Thạc sỹ chuyên ngành điều dưỡng, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2010.
6. Detsky A S, Baker J P, O'Rourke K, et al. Predicting nutrition-associated complications for patients undergoing gastrointestinal surgery. *Journal of Parenteral Enteral Nutrition*. 1987;11(5):440-446.

7. Goiburu ME, Goiburu MM, Bianco H, et al. The impact of malnutrition on morbidity, mortality and length of hospital stay in trauma patients. *Nutrición Hospitalaria*. 2006; 21(5):604-610.
8. Trần Thị Giáng Hương, 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 người bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2015. *Tạp chí Y Dược Thực hành 175*. 2016; 5(1):85-92.
9. Đoàn Duy Tân, Võ Duy Long, Lê Thị Hương. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;500(1):252-256.
10. Chu Thị Tuyết. Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa mở có chuẩn bị tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013. Luận án Tiến sĩ chuyên ngành Dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng quốc gia. 2013.
11. Phạm NV, Cox-Reijven PL, Greve JW, et al. Application of subjective global assessment as a screening tool for malnutrition in surgical patients in Vietnam. *Clinical Nutrition*. 2006;25(1):102-108.
12. Bùi Thị Duyên, Nguyễn Quang Dũng. Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện quân Y 175 năm 2020. *Tạp chí Dinh dưỡng & thực phẩm*. 2021;17(2):35-45.
13. Trương Thị Thư, Nguyễn Thanh Chò, Hoàng Mạnh An, Phạm Đức Minh. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật cắt dạ dày tại Bệnh viện Quân Y 103. *Tạp chí Y-Dược học quân sự*. 2018;4:44-50.