

# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRƯỚC PHẪU THUẬT CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Ngô Thị Linh<sup>1</sup>, Hà Nguyễn Kinh Long<sup>2</sup>, Nguyễn Xuân Hùng<sup>3</sup>,  
Trịnh Thị Thanh Bình<sup>4</sup>

Suy dinh dưỡng (SDD) ở những bệnh nhân phẫu thuật làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng, biến chứng. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) nhằm phát hiện nguy cơ SDD, từ đó có những hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời góp phần nâng cao kết quả điều trị. Có nhiều phương pháp đánh giá TTDD, trong đó phương pháp tổng thể chủ quan (SGA) có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, là công cụ tốt để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân nhập viện. **Mục tiêu:** Đánh giá TTDD trước phẫu thuật và tìm một số yếu tố liên quan với TTDD của bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng (K.ĐTT) tại bệnh viện HN Việt Đức. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nguy cơ SDD theo SGA, BMI, albumin của BN lần lượt là 55,6%, 19,4% và 8,3%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nguy cơ SDD theo SGA với tỷ lệ sụt cân khi ra viện, với BMI và albumin. **Kết luận:** Đánh giá TTDD trước phẫu thuật K.ĐTT theo SGA nên được thực hiện, để từ đó người bệnh có thể nhận được những biện pháp điều trị thích hợp và hiệu quả hơn.

**Từ khóa:** Tình trạng dinh dưỡng, ung thư đại trực tràng, Bệnh viện Việt Đức.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

SDD gặp ở 40% bệnh nhân ngoại khoa và nội khoa nhập viện theo Whiter JP và cộng sự [1]. Tỷ lệ SDD của bệnh nhân trước phẫu thuật tiêu hóa khoảng 50% [2][3]. SDD làm chậm lành vết thương, gia tăng tỷ lệ nhiễm trùng, biến chứng, và làm tăng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nằm viện. Chăm sóc dinh dưỡng đầy đủ trước và sau phẫu thuật góp phần nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân [4].

Thực hiện đánh giá TTDD cho bệnh nhân nhằm phát hiện những nguy cơ về dinh dưỡng để có những hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời. Hiện nay, có nhiều phương pháp đánh giá TTDD như BMI, sụt cân, các chỉ số sinh hóa (như albumin, prealbumin...), đánh giá tổng thể chủ quan (SGA), điểm số nguy cơ dinh dưỡng

(NRS)... Mỗi phương pháp đều có những ưu, nhược điểm riêng. Phối hợp nhiều phương pháp có thể khắc phục nhược điểm của các phương pháp, từ đó đánh giá chính xác TTDD của bệnh nhân. Trong các phương pháp đánh giá TTDD, đánh giá tổng thể chủ quan (Subjective Global Assessment – SGA) hiện nay được coi là một công cụ đánh giá về dinh dưỡng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, có giá trị tiên đoán biến chứng và tử vong sau phẫu thuật [4][5].

Ung thư đại trực tràng là bệnh có tỷ lệ mắc cao và thường không có biểu hiện rõ ràng ở giai đoạn đầu. Bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, khi bệnh nhân có các triệu chứng rõ rệt về tiêu hóa như sụt cân, rối loạn đại tiện, chán ăn, mệt mỏi. Nghiên cứu này được

<sup>1</sup>BS- Bệnh viện HN Việt Đức  
Email:linhlinh28691@gmail.com.

<sup>2</sup>TS - Bệnh viện HN Việt Đức

<sup>3</sup>PGS - Bệnh viện HN Việt Đức

<sup>4</sup>CN - Bệnh viện HN Việt Đức

Ngày nhận bài: 1/5/2017

Ngày phản biện đánh giá: 15/5/2017

Ngày đăng bài: 6/6/2017

thực hiện trên những đối tượng bệnh nhân K.ĐTT tại trung tâm Phẫu thuật Đại trực tràng – Tầng sinh môn - Bệnh viện HN Việt Đức với mục tiêu:

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Trung tâm Phẫu thuật đại trực tràng - tầng sinh môn - Bệnh viện Việt Đức.

2. Tìm mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với một số yếu tố.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

#### 2.1.1. Địa điểm

Trung tâm Phẫu thuật Đại trực tràng – Tầng sinh môn – Bệnh viện Việt Đức.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2016 tới tháng 11/2016.

#### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng.

##### 2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng bằng mô bệnh học, có chỉ định phẫu thuật.

- Đồng ý tham gia một cách tình nguyện vào nghiên cứu.

### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân phẫu thuật cấp cứu.
- Bệnh nhân bị các rối loạn tâm thần, bị câm/ điếc.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và quy trình chọn mẫu  
Trong thời gian nghiên cứu, có 72 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

2.3.3. Thu thập thông tin và các chỉ tiêu đánh giá

- Tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở.
- Cân nặng, chiều cao của bệnh nhân.
- Bệnh nặng/ mạn tính kèm theo.
- Ngày vào viện, ngày ra viện.
- Một số chỉ số xét nghiệm trước phẫu thuật.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật dựa vào:

- Một số dấu hiệu dinh dưỡng sớm: sụt cân 2 tuần nay, khẩu phần ăn giảm, triệu chứng tiêu hóa.

- Theo chỉ số khối cơ thể (BMI= cân nặng/(chiều cao)<sup>2</sup>) cho người trưởng thành theo WHO[6]:

Tình trạng dinh dưỡng	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	
SDD	Nặng	<16
	Vừa	16-16,9
	Nhẹ	17-18,5
Bình thường	18,5-24,9	
Thừa cân, béo phì	≥25	

- Chỉ số albumin huyết thanh [7]:

Tình trạng dinh dưỡng	Albumin (g/l)	
SDD	Nhẹ	28-34
	Vừa	21-27
	Nặng	<21
Bình thường	35-48	

- Theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan (SGA): Thu thập số liệu SGA được thực hiện vào ngày trước phẫu thuật, dựa trên các dấu hiệu dạ dày/ruột, thay đổi cân nặng gần đây (6 tháng và 2 tuần gần đây), thay đổi khẩu phần ăn, thay đổi vận động hiện tại, các stress liên quan đến nhu cầu dinh dưỡng, khám lâm sàng. Dựa vào số lượng tiêu chí có các mức nguy cơ dinh dưỡng [5]:

SGA - A: Không có nguy cơ SDD

SGA - B: Nguy cơ SDD từ nhẹ đến vừa

SGA - C: Nguy cơ SDD cao/ SDD nặng

Tìm mối liên quan giữa TTDD (theo

SGA) với một số yếu tố:

- Với tỷ lệ sụt cân khi ra viện

- Với thời gian nằm viện (ngày) = ngày ra viện - ngày vào viện.

- Với tuổi, BMI, albumin huyết thanh.

- Với biến chứng sớm sau phẫu thuật: Nhiễm trùng vết mổ, xì dò miệng nối, biến chứng khác (bí tiểu, viêm phổi...).

#### 2.4. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu

- Số liệu được làm sạch từ phiếu, được nhập bằng phần mềm EPIDATA 3.1 và xử lý bằng STATA 12.0. Sử dụng các test thống kê thông thường để kiểm định sự khác biệt.

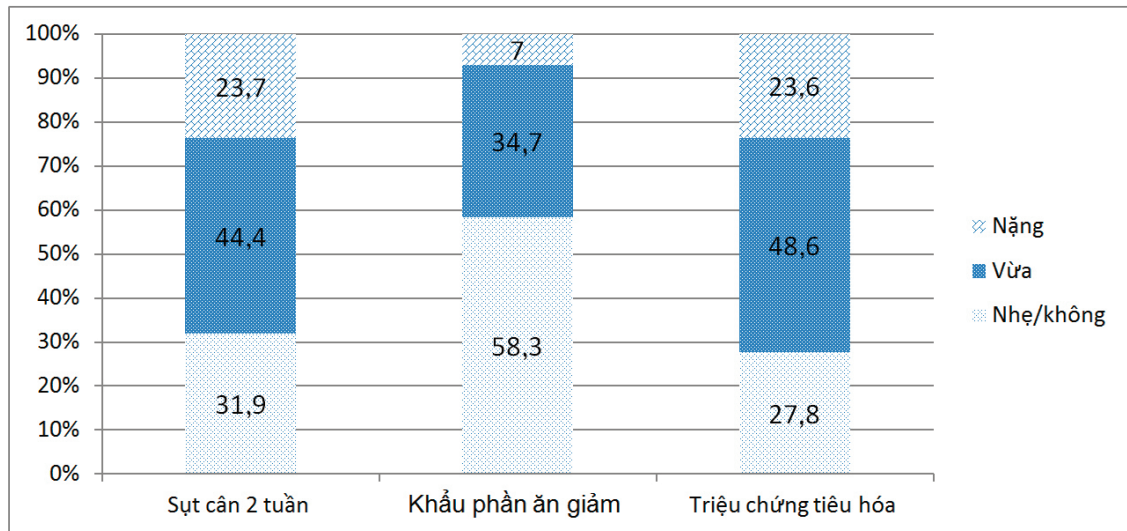
### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### *Bảng 1. Một số thông tin chung*

Đặc điểm		N	%
Giới tính	Nữ	28	38,9
	Nam	44	61,1
Nhóm tuổi	Dưới 40	5	6,9
	40-60	37	51,4
	Trên 60	30	41,7
Nghề nghiệp	Cán bộ	29	40,3
	Công nông dân	31	43,0
	Khác	12	16,7
Nơi sống	Thành thị	43	59,7
	Nông thôn	29	40,3
Người bệnh có bệnh nặng kèm theo	Có	18	25,0
	Không	54	75,0

Kết quả Bảng 1 cho thấy tỷ lệ mắc K.ĐTT ở nam cao hơn nữ và thường gặp ở độ tuổi trên 40. Nhóm bệnh nhân làm công nông nghiệp chiếm nhiều hơn một chút so với nhóm bệnh nhân làm cán bộ (43% so với 40,3%). Tỷ lệ người bệnh

sống ở khu vực thành thị (59,7%) cao hơn nông thôn (40,3%) có thể do những người sống ở khu vực nông thôn ăn uống những thực phẩm do họ tự sản xuất ra và môi trường sống cũng trong lành hơn, và có thể ít gặp những stress hơn.



**Biểu đồ 1: Một số dấu hiệu về dinh dưỡng sớm của bệnh nhân khi vào viện**

Theo kết quả Biểu đồ 1 cho thấy: Đa số bệnh nhân có các triệu chứng về tiêu hóa, sụt cân và giảm khẩu phần ăn trong vòng 2 tuần trước khi vào viện.

**Bảng 2: TTDD trước phẫu thuật của bệnh nhân theo BMI**

Phân loại theo BMI	Nữ		Nam		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
SDD	7	25,0	7	15,9	14	19,4
Bình thường	19	67,9	29	65,9	48	66,7
Thừa cân	2	7,1	8	18,2	10	13,9
Tổng	28	100,0	44	100,0	72	100,0

Đánh giá TTDD theo BMI khá đơn giản, dễ thực hiện và không tốn kém. Kết quả từ Bảng 2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân SDD theo BMI là 19,4%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Chu Thị Tuyết trên các BN phẫu thuật

tiêu hóa chung (33,9%) [2], của Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Thùy An (25,8%) trên các bệnh nhân phẫu thuật gan mật tụy [3]. Có thể là do bệnh K.ĐTT ít liên quan trực tiếp tới sự hấp thu các chất dinh dưỡng nên tỷ lệ SDD thấp hơn.

**Bảng 3: TTDD trước phẫu thuật của bệnh nhân theo nồng độ Albumin**

TTDD	Nam (n,%)	Nữ (n,%)	Tổng (n,%)
Có nguy cơ SDD	5 (6,9)	1 (1,4)	6 (8,3)
Không có nguy cơ SDD	39 (54,2)	27 (37,5)	66 (91,7)

Theo kết quả nghiên cứu: Nguy cơ SDD theo Albumin huyết thanh là 8,3%. Kết quả này cũng gần với kết quả nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn & cs trên các bệnh nhân K dạ dày (8,4%) [8].

**Bảng 4: TTDD trước phẫu thuật của bệnh nhân theo đánh giá SGA**

TTDD	Nam (n,%)	Nữ (n,%)	Tổng (n,%)
Có nguy cơ SDD	22 (30,6)	18 (25,0)	40 (55,6%)
Không có nguy cơ SDD	22 (30,6)	10 (13,8)	32 (44,4)

Theo đánh giá SGA, có 55,6% người bệnh có nguy cơ SDD. Kết quả này cũng giống với kết quả nghiên cứu của của Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Thùy An trên các bệnh nhân gan mật tụy năm 2011(56,7%)(7), tuy nhiên có cao hơn kết quả của một số tác giả nước ngoài như Luiza Regina LS & cs (36,4%), D Gupta1 trên những bệnh nhân K.ĐTT (48,0%)

[9][10]. Có thể thấy SGA là một công cụ đánh giá chủ quan, và các nghiên cứu được thực hiện với những đối tượng bệnh nhân khác nhau, trên các điều kiện kinh tế của mỗi nước khác nhau nên các kết quả cho ra có thể khác nhau. Trong nghiên cứu, tỷ lệ SDD theo đánh giá SGA cao hơn nhiều so với đánh giá theo BMI và albumin máu.

**Bảng 5. Liên quan giữa TTDD theo SGA với tỷ lệ sụt cân khi ra viện**

Tỷ lệ sụt cân	SGA(n,%)			Chung
	A	B	C	
<5%	20(27,8)	9(12,5)	0(0)	29(40,3)
5-10%	11(15,3)	14(19,4)	3(4,2)	28(38,9)
>10%	1(1,4)	5(6,9)	9(12,5)	15(20,8)
Tổng	32(44,5)	28(38,9)	12(16,6)	72(100,0)

**P<0,05**

Quá trình phẫu thuật khiến BN mất máu, mất dịch nhiều khiến cân nặng giảm. Kết quả nghiên cứu cho thấy những BN có nguy cơ SDD có tỷ lệ sụt cân sau

phẫu thuật nhiều hơn so với những BN không có nguy cơ SDD. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê(p<0,05).

**Bảng 6. Liên quan giữa TTDD theo SGA với thời gian nằm viện**

Nhóm	n	$\bar{x}\pm SD$	p
Không có nguy cơ SDD	32	11,6±3,7	>0,05
Có nguy cơ SDD	40	12,7±4,4	

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng kém trước phẫu thuật làm tăng thời gian nằm viện của BN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy thời gian nằm viện trung bình của nhóm có nguy cơ SDD cao hơn

nhóm không có nguy cơ SDD, tuy nhiên có thể do nghiên cứu còn hạn chế về mặt thời gian và điều kiện nên kết quả này chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

**Bảng 7. Liên quan giữa TTDD theo SGA với nhóm tuổi, BMI, albumin và biến chứng sau phẫu thuật**

Thông tin	TTDD theo SGA				
	A	B	C	p	
Nhóm tuổi	<40	4(5,6)	1(1,4)	0(0)	$p > 0,05$
	40-60	18(25,0)	14(19,4)	5(7,0)	
	> 60	10(13,9)	13(18,0)	7(9,7)	
Phân nhóm BMI	<18,5	0(0)	7(9,7)	7(9,7)	$p < 0,05$
	$\geq 18,5$	32(44,5)	21(29,2)	5(6,9)	
Nồng độ albumin (g/l)	<35	0	2(2,8)	4 (5,5)	$p < 0,05$
	$\geq 35$	32(48,5)	26(39,4)	8(12,1)	
Biến chứng sau phẫu thuật	Xi rò vết mổ	1(1,4)	0(0)	1(1,4%)	$p > 0,05$
	Nhiễm trùng vết mổ	4(5,6)	1(1,4)	2(2,8)	
	Biến chứng khác	4(5,6)	1(1,4)	2(2,8)	

Kết quả bảng 7 cho thấy: Tuổi càng cao, nguy cơ SDD càng tăng. Tất cả BN có BMI và albumin huyết thanh thấp thì đều có nguy cơ SDD theo đánh giá SGA. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa liên quan của SGA với phân nhóm BMI và nồng độ albumin huyết thanh ( $p < 0,05$ ).

Cũng theo kết quả nghiên cứu: tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật là 22,2%, trong đó, biến chứng nhiễm trùng và biến chứng khác (viêm phổi, bí tiểu... ) hay gặp nhất. Tuy nhiên, kết quả này chưa đưa ra được mối liên quan giữa đánh giá TTDD theo SGA với biến chứng sau phẫu thuật; có thể là biến chứng sau phẫu thuật còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố (cách thức phẫu thuật, chăm sóc sau mổ...) mà dinh dưỡng chỉ góp một phần nhỏ. Và có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu còn nhỏ nên chưa đưa ra được mối liên quan giữa nguy cơ SDD với biến chứng sau phẫu thuật.

#### IV. KẾT LUẬN

##### 1. TTDD trước phẫu thuật của bệnh nhân K.ĐTT:

- Đa số BN có các triệu chứng về tiêu hóa, sụt cân và giảm khẩu phần ăn trong

vòng 2 tuần trước khi vào viện.

- Tỷ lệ SDD theo đánh giá SGA là 55,6%, theo BMI là 19,4% và theo albumin là 8,3%.

##### 2. Mối liên quan giữa TTDD (theo đánh giá SGA) với một số yếu tố:

- BN có nguy cơ SDD trước phẫu thuật có tỷ lệ sụt cân sau phẫu thuật nhiều hơn so với BN không có nguy cơ SDD trước đó (có ý nghĩa thống kê).

- Nhóm có nguy cơ SDD có thời gian nằm viện dài hơn nhóm không có nguy cơ SDD.

- BMI và Albumin càng thấp thì nguy cơ SDD càng cao (có ý nghĩa thống kê).

- Tuổi càng cao, nguy cơ SDD càng cao.

- Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nguy cơ SDD theo SGA với tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật

#### KHUYẾN NGHỊ

- Bệnh nhân K.ĐTT nhập viện tại Bệnh viện HN Việt Đức cần được đánh giá TTDD.

- Có thể sử dụng công cụ đánh giá chủ quan (SGA) để đánh giá TTDD cho các bệnh nhân K.ĐTT nhập viện



- Với những đối tượng được đánh giá có nguy cơ SDD, đặc biệt SDD nặng (albumin <28, BMI<18,5) cần cho nhập viện sớm hơn để có những hỗ trợ dinh dưỡng cần thiết, đầy đủ trước khi phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McWhirter JP, Pennington CR(1994). *The incidence and recognition of malnutrition in hospital*. BMJ. 308. 6934. 945-8.
2. Chu Thị Tuyết.(2015). *Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng – tiêu hóa mở có chuẩn bị tại khoa ngoại bệnh viện bạch mai năm 2013*. Luận án tiến sĩ y học.
3. Luru Ngân Tâm, Nguyễn Thùy An (2011). *Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan mật tụy tại bệnh viện Chợ Rẫy*. NXB Y học TP.Hồ Chí Minh. 4. 387-396.
4. Correia MI, Waitzberg DL. (2003). *The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay, and costs evaluated through a multivariate model analysis*. Clinical Nutrition. 22. 3. 235–9.
5. Barbosa-Silva MC and Barros AJ (2006). *Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: an update*. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care. 9. 263–9.
6. Trường Đại học Y Hà Nội (2006). *Hướng dẫn thực hành dinh dưỡng ở cộng đồng*. NXB Y học, Hà Nội. 15-38.
7. Học viện quân y (2008). *Dinh dưỡng lâm sàng*. NXB Quân đội nhân dân.
8. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Bá Anh, Lê Minh Hương, Nguyễn Thanh Long (2013). *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày*. Y học thực hành. 10. 3-7.
9. Barbosa LR, Lacerda-Filho A.(2014). *Barbosa LC. Immediate preoperative nutritional status of patients with colorectal cancer: a warning*. Arq Gastroenterol. 51. 331-6.
10. Gupta D & cs (2005). *Prognostic significance of Subjective Global Assessment (SGA) in advanced colorectal cancer*. European Journal of Clinical Nutrition. 59, 35–40.

## Summary

### PREOPERATIVE NUTRITIONAL STATUS OF COLORECTAL CANCER PATIENTS IN VIETDUC HOSPITAL AND SOME RELATED FACTORS.

Malnutrition in surgical patients increases the rate of infection, complications. Assessment of nutritional status helps detect the risk of malnutrition, providing timely nutritional support that contributes to the treatment outcomes. Nutritional status has been evaluated by various objective measures, in which, SGA is a good tool, with high sensitivity and specificity to assess nutritional status in hospitalized patients. **Objective:** To assess preoperative nutritional status and to find out some related factors of colorectal cancer patients in Viet Duc Hospital. Study Design: Cross-sectional study. **Results:** The risk of malnutrition according to SGA, BMI, and albumin were 55.6%, 19.4% and 8.3%, respectively. There was a statistically significant association between malnutrition and weight loss, BMI and albumin. **Conclusion:** Preoperative assessment for colorectal cancer patients by SGA should be done so that patients can receive more appropriate and effective treatment.

**Key words:** Nutrition status, colorectal cancer, Viet Duc hospital.

