

Nghiên cứu gốc

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI VÀ BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TÂN TRIỀU NĂM 2021

Hà Thu Thủy<sup>1</sup>, Lê Thị Quỳnh<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Dũng<sup>1,2,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương, Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội và bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2021.

**Phương pháp:** 89 người bệnh ung thư đại trực tràng được cân đo nhân trắc và phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn tại trước và sau phẫu thuật 5 ngày. Tình trạng dinh dưỡng đánh giá theo BMI, PG-SGA, albumin, cân nặng giảm sau phẫu thuật 5 ngày.

**Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) theo BMI trước phẫu thuật là 18%, sau phẫu thuật là 25%; Tỷ lệ người bệnh có PG-SGA B trước phẫu thuật là 40,4%, sau phẫu thuật là 73,7%; Theo albumin tỷ lệ SDD là 21,1%.

**Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng là khá cao, đánh giá bằng PG-SGA có tỷ lệ cao hơn đánh giá bằng BMI và sau phẫu thuật cao hơn so với trước phẫu thuật.

**Từ khóa:** Suy dinh dưỡng, ung thư đại trực tràng, phẫu thuật, PG-SGA, BMI.

## NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER SURGERY AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL AND TAN TRIEU K HOSPITAL IN 2021 SUMMARY

### ABSTRACT

**Aims:** To describe the nutritional status of patients undergoing colorectal cancer surgery at Hanoi Oncology Hospital and Tan Trieu K Hospital in 2021.

**Methods:** 89 patients with colorectal cancer were weighed and interviewed with pre-designed questionnaires before and 5 days after surgery. Nutritional status was assessed by BMI, PG-SGA, serum albumin concentration, and weight loss 5 days after surgery.

**Results:** The prevalence of malnutrition according to BMI before surgery was 18%, after surgery was 25%; prevalence of patient with PG-SGA B before surgery was 40.4%, after surgery was 73.7%; According to the serum albumin, the prevalence of malnutrition was 21.1%.

**Conclusion:** The prevalence of malnutrition in patients undergoing colorectal cancer surgery was quite high, assessed by PG-SGA is higher than assessed by BMI and higher after surgery than before surgery.

**Keywords:** Malnutrition, colorectal cancer, surgery, PG-SGA, BMI

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Quang Dũng  
Email: nguyenguangdung@hmu.edu.vn  
Doi: 10.56283/1859-0381/679

Nhận bài: 29/11/2023    Chính sửa: 13/12/2023  
Chấp nhận đăng: 17/12/2023  
Công bố online: 20/12/2023

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là loại ung thư phổ biến thứ ba về số ca mắc mới (gần 2 triệu ca), đứng thứ hai về số ca tử vong (gần 1 triệu ca) trong năm 2020. Tỷ lệ tử vong do UTĐTT vào năm 2030 được dự đoán sẽ xấp xỉ 1,1 triệu ca tử vong (tăng thêm 25% so với năm trước) [1]. Ở Châu Á, ung thư đại trực tràng hiện là căn bệnh ác tính phổ biến thứ ba ở cả nam và nữ [2]. Tại Việt Nam, theo WHO năm 2018, ung thư đại trực tràng là ung thư phổ biến hàng thứ 5 chỉ sau ung thư gan, phổi, dạ dày, vú, hay gặp ở người trên 50 tuổi.

Đại trực tràng là đoạn cuối cùng của ống tiêu hóa, có chức năng hấp thu nước, các chất điện giải và tạo phân. Người mắc bệnh ung thư đại trực tràng thường ăn kém, dẫn tới sụt cân, suy dinh dưỡng và suy mòn. Nghiên cứu của Fuji Miyamoto và cộng sự cho thấy, người bệnh có tình trạng suy mòn có tỷ lệ sống không tái phát bệnh và thời gian sống thêm ngắn hơn so với người bệnh không có tình trạng suy mòn [2].

Người bệnh ung thư nhất là ung thư đường tiêu hóa có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn vì nó có liên quan đến những biến chứng như tác dụng phụ của điều trị, khối u cản trở quá trình hấp thu các chất dinh dưỡng, giảm khẩu phần ăn do tâm lý lo lắng, giảm hoạt động thể

chất [3]. Suy dinh dưỡng kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong, biến chứng sau phẫu thuật của trên 80% người bệnh ung thư ở giai đoạn nặng [4]. Theo Garth và cộng sự, thời gian nằm viện của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa có SDD hơn gấp đôi so với người không bị SDD [5]. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh [6] trên người bệnh phẫu thuật UTĐTT năm 2017 ở bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Y Hà Nội cho tỷ lệ SDD theo PG-SGA là 33,9%. Tương tự, nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương trên người bệnh UTĐTT có điều trị hóa chất cho tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI là 58,6%, theo SGA là 55,7% và 31,4% người bệnh có albumin huyết thanh < 35 g/L [7].

Các nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư đại trực tràng trước và sau phẫu thuật tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội và bệnh viện K-Cơ sở Tân Triều còn khá hạn chế. Để cung cấp các bằng chứng hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng và bác sĩ dinh dưỡng đưa ra những lời khuyên và can thiệp dinh dưỡng kịp thời, góp phần giảm biến chứng, giảm tỷ lệ tử vong cho người bệnh, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên người bệnh ung thư đại trực tràng có chỉ định phẫu thuật  $\geq 20$  tuổi từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 5

năm 2021 tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Ung bướu Hà Nội và Khoa Ngoại bụng 1, 2 Bệnh viện K-Cơ sở Tân Triều.

## 2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu, p: tỷ lệ người bệnh ung thư có nguy cơ bị suy dinh dưỡng theo PG-SGA, lấy từ nghiên cứu trước là  $p = 0,339$  [6], d: sai số tuyệt đối của nghiên cứu,  $d = 0,1$ . Mức ý nghĩa thống kê, lấy  $\alpha = 0,05$ , khi đó,  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ . Thay vào công thức tính được cỡ mẫu  $n = 86$ . Thực tế tiến

hành thu thập bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện được 89 người.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh ung thư đại trực tràng có chỉ định phẫu thuật từ 20 tuổi trở lên, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội và bệnh viện K-cơ sở Tân Triều, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh mắc các bệnh tâm thần, rối loạn trí nhớ, mắc các khiếm khuyết như gù, vẹo cột sống.

## 2.3. Thu thập số liệu và ngưỡng phân loại

Phòng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu để thu thập thông tin chung về tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi ở, vị trí ung thư (ung thư đại tràng/trực tràng).

Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật 5 ngày: Cân nặng được đo bằng cân TANITA (SC-331S Body Composition Analyzer, Tanita, Nhật Bản) có độ chính xác 0,1 kg. Chiều cao được đo bằng thước đo chiều cao gắn tường MZ 10023 - 1 của Đức (độ chính xác 0,1cm). BMI được tính bằng cách lấy cân nặng (kg) chia cho bình phương của chiều cao (mét). Nồng độ Albumin huyết thanh trước phẫu thuật được thu thập từ bệnh án Đối tượng bị thiếu năng lượng trường diễn (CED) khi BMI < 18,5; bình

thường khi BMI từ 18,5-25, thừa cân khi BMI từ 25-30, béo phì khi BMI  $\geq 30$  [8]. Khi Albumin < 35 g/L, đối tượng được coi là SDD [9]. Đánh giá TTDD bằng công cụ PG-SGA dựa vào thay đổi cân nặng, khẩu phần, chức năng cơ thể, tình trạng cơ và mỡ dưới da, phù, cổ chướng, trong đó chia thành 3 mức PG-SGA A (dinh dưỡng tốt); PG-SGA B (SDD nhẹ và vừa); PG-SGA C (SDD nặng) [10].

Kết quả nghiên cứu có thể có sai số cân đo, khắc phục bằng cách kiểm tra độ chính xác của cân điện tử bằng vật cân chuẩn, tập huấn kỹ điều tra viên kỹ thuật cân đo. Về kỹ thuật đánh giá TTDD theo PG-SGA có thể gặp sai số, khắc phục bằng cách tập huấn cho điều tra viên kỹ càng.

## 2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, được làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 23. Test  $\chi^2$  hoặc

Fisher Exact Test được dùng để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ. Mức có ý nghĩa thống kê (YNTK) khi  $p < 0,05$ .

## 2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được thông qua bởi hội đồng đề cương của Viện Đào tạo y học dự phòng và y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội. Danh tính

đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Số liệu thu thập được chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu, không sử dụng cho các mục đích khác.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1.** Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	49	55,1
	Nữ	40	44,9
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	11	12,4
	≥ 50 tuổi	78	87,6
Địa chỉ	Nông thôn	52	58,4
	Thành phố/thị trấn/thị xã	37	41,6
Trình độ học vấn	Tiểu học	6	6,7
	Trung học cơ sở	53	59,6
	Trung học phổ thông	22	24,7
	Sau trung học phổ thông	8	9
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức	6	6,7
	Nông dân	26	29,2
	Nghỉ hưu	36	40,5
	Tự do	10	11,2
	Khác	11	12,4

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Tổng số có 89 người, tỷ lệ nam là 55,1%, nữ là 44,9%. Tuổi trung bình của đối tượng là  $63,3 \pm 11,4$  tuổi. Tỷ lệ đối tượng dưới 50 tuổi là 12,4%, trên 50 tuổi là 87,6%, tuổi trung bình là  $63,3 \pm 11,4$ . Có 58,4% đối

tượng ở nông thôn, ở thành phố/thị trấn/thị xã là 41,6%. Tỷ lệ đối tượng có trình độ học vấn trung học cơ sở là 59,6%, trung học phổ thông là 24,7%. Tỷ lệ đối tượng nghỉ hưu là 40,5%, nông dân là 29,2%, cán bộ viên chức là 6,7%.

**Bảng 2.** Đặc điểm nhân trắc của người bệnh trước phẫu thuật

Đặc điểm	Nam (n=49)	Nữ (n=40)
Cân nặng (kg)	$58,4 \pm 8,8$	$49,8 \pm 7,3$
Chiều cao (cm)	$165,9 \pm 4,8$	$153,9 \pm 5,4$
BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	$21,2 \pm 2,8$	$21,0 \pm 2,8$

Đặc điểm nhân trắc của người bệnh trước phẫu thuật được trình bày trong Bảng 2. Giá trị trung bình BMI của người bệnh là  $21 \text{ kg}/\text{m}^2$ .

Tình trạng dinh dưỡng theo BMI trước phẫu thuật được trình bày trong

Bảng 3. Tỷ lệ người bệnh CED là 18%, thừa cân là 9%, không có người bệnh có BMI béo phì. Ở nam giới, tỷ lệ người bệnh CED là 14,3%, cao hơn ở nữ giới với 22,5% ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ người bệnh

nam giới có BMI thừa cân là 10,2%, nữ giới là 9,0%.

**Bảng 3.** Tình trạng dinh dưỡng theo BMI trước phẫu thuật

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Nam (n=49)	Nữ (n=50)	Tổng	p
CED	7 (14,3)	9 (22,5)	6 (8,0)	
Bình thường	37 (75,5)	28 (70,0)	65 (73,0)	> 0,05
Thừa cân	5 (10,2)	3 (7,5)	8 (9,0)	

Số liệu trình bày theo n (%)

**Bảng 4.** Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật theo vị trí ung thư

	Ung thư đại tràng	Ung thư trực tràng	Chung	p
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>				
< 18,5	13 (28,3)	3 (7,0)	16 (18)	< 0,05
18,5 – < 25	26 (56,5)	39 (90,7)	65 (73)	
25 – < 30	7 (15,2)	1 (2,3)	8 (9)	
Tổng	46 (100)	43 (100)	89 (100)	
<b>Albumin (g/L)</b>				
< 35	9 (23,1)	7 (18,9)	16 (21,1)	> 0,05
≥ 35	30 (76,9)	30 (81,1)	60 (78,9)	
Tổng	39 (100)	37 (100)	76 (100)	

Số liệu trình bày theo n (%)

Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật theo vị trí ung thư được trình bày trong Bảng 4. Phân loại theo BMI, tỷ lệ người bệnh CED ở ung thư đại tràng là 28,3%, thấp hơn ở ung thư trực tràng: 7%. Tỷ lệ người bệnh thừa cân ở ung thư

đại tràng là 15,2%, ung thư trực tràng là 2,3% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ người bệnh SDD theo albumin huyết thanh là 21,1%, trong đó người bệnh ung thư đại tràng là 23,1%, ung thư trực tràng là 18,9% ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 5.** Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật theo BMI, PG-SGA

Tình trạng dinh dưỡng	Trước phẫu thuật (n=89)	Sau phẫu thuật (n=76)
<b>Phân loại theo BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>		
< 18,50	16 (18)	19 (25)
18,50 – 24,99	65 (73)	52 (68,4)
25,00 – 29,99	8 (9)	5 (6,6)
<b>Phân loại theo PG-SGA</b>		
PG-SGA A	46 (51,7)	0
PG-SGA B	36 (40,4)	6 (7,7)
PG-SGA C	7 (7,9)	0 (26,3)

Sau phẫu thuật, người bệnh giảm trung bình  $2,04 \pm 1,18$ kg. Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật theo BMI, PG-SGA được trình bày trong Bảng 5. Theo BMI, tỷ lệ CED trước phẫu thuật là 18%, sau phẫu thuật là 25%. Sau phẫu thuật 5 ngày không có người bệnh có PG-SGA A, tỷ lệ người bệnh có PG-SGA B (có nguy cơ SDD) trước phẫu thuật là 40,4%, sau phẫu thuật là 73,7%, tỷ lệ người bệnh có PG SGA C (SDD nặng) trước phẫu thuật là 7,9%, sau phẫu thuật là 26,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này tiến hành mô tả TTDD người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại 2 bệnh viện chuyên điều trị bệnh lý ung thư tại Hà Nội. Đối tượng được đánh giá TTDD bằng các chỉ số nhân trắc, lâm sàng, hoá sinh trong vòng 5 ngày trước và sau phẫu thuật. Kết quả chung cho thấy, người bệnh có tỷ lệ SDD theo PG-SGA là khá cao.

Trước phẫu thuật, BMI trung bình của người bệnh là  $21,1 \text{ kg/m}^2$ . Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Văn Bình và cộng sự [11] cho thấy BMI trung bình của người bệnh trước phẫu thuật là  $18,8 \text{ kg/m}^2$ . Điều này có thể giải thích là ở nghiên cứu đó người bệnh ung thư thực quản có nhiều triệu chứng ảnh hưởng đến tiêu hóa như nuốt khó, nuốt nghẹn do khối u ở thực quản hoặc trước khi điều trị bằng phẫu thuật thì đa số người bệnh phải xạ trị nên có thể bị một số tác dụng phụ như chán ăn, buồn nôn dẫn đến giảm khẩu phần ăn vào. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật 5 ngày, tỷ lệ CED (25%) cao hơn so với trước phẫu thuật (18%). Cân nặng sau phẫu thuật giảm có thể do mất máu mất dịch, khẩu phần ăn giảm, phần trọng lượng khối u bị cắt bỏ, nên kéo theo BMI cũng giảm.

Phân loại TTDD của người bệnh UTĐTT theo BMI cho thấy có 18% người bệnh bị CED. So sánh với nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh trên những người bệnh ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất, tỷ lệ này là 25,9% [12].

Nguyên nhân là do người bệnh ung thư đường tiêu hóa ngoài UTĐTT còn có UT thực quản-dạ dày, UT gan mật tụy ảnh hưởng nhiều đến chức năng hấp thu chất dinh dưỡng, mặt khác người bệnh điều trị hóa chất có thời gian mắc bệnh kéo dài hơn, kèm thêm những tác dụng phụ của điều trị lên đường tiêu hóa làm người bệnh ăn uống kém và hấp thu kém nên có thể người bệnh sẽ có thể trạng kém hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Theo vị trí ung thư, tỷ lệ người bệnh bị CED ở nhóm người bệnh ung thư đại tràng là 28,3% và ung thư trực tràng là 7%. Kết quả cho thấy ở những người bệnh ung thư đại tràng thì có nguy cơ bị CED cao hơn người bệnh ung thư trực tràng. Sự khác biệt này có YNTK. Nguyên nhân là người bệnh ung thư đại tràng không có triệu chứng đặc hiệu như đau bụng, khó tiêu so với ung thư trực tràng là rối loạn đại tiện, phân có máu. Đa số người bệnh đến bệnh viện khám khá muộn, ung thư đại tràng đã tiến triển trong một thời gian dài nên có thể người bệnh sẽ bị sụt cân nhiều hơn so với ung thư trực tràng.

Sau phẫu thuật 5 ngày, cân nặng trung bình của người bệnh giảm  $2,04 \pm 1,18$  kg. Nghiên cứu của Lopes và cộng sự chỉ ra rằng cân nặng trung bình của người bệnh phẫu thuật UTĐTT bị giảm từ 74,1 kg trước phẫu thuật xuống còn 70,4 kg sau phẫu thuật [13]. Sự khác biệt về số cân giảm có thể do nghiên cứu được thực hiện trong khoảng thời gian

trước và sau phẫu thuật ngắn hơn hoặc người bệnh trong quá trình phẫu thuật bị mất dịch, mất máu ít hơn (tương xứng với cân nặng). Sự giảm cân là một trong những yếu tố dự báo giảm tỷ lệ sống sót, tăng tỷ lệ gặp biến chứng ở người bệnh phẫu thuật nói chung và người bệnh ung thư nói riêng [13]. Vì thế cần chăm sóc, hỗ trợ dinh dưỡng sớm để cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh UTĐTT sau phẫu thuật.

Đánh giá TTDD bằng bộ công cụ PG-SGA, trước phẫu thuật, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD mức độ vừa là 40,4% và mức độ nặng là 7,9%. Sau phẫu thuật tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD tăng (74,2% mức độ vừa và 25,8% mức độ nặng). Lý do là sau phẫu thuật 5 ngày, người bệnh có tình trạng giảm cân, đau nhiều vết mổ ảnh hưởng đến khẩu phần ăn và giới hạn hoặc giảm vận động thời gian dài dẫn đến teo cơ (nhất là các cơ vùng cẳng chân). So sánh với nghiên cứu của Lopes và cộng sự cũng sử dụng PG-SGA để đánh giá TTDD cho kết quả người bệnh bị SDD sau phẫu thuật (4%) còn giảm hơn so với trước phẫu thuật (8%) [13]. Nguyên nhân có thể là việc nuôi dưỡng người bệnh sau phẫu thuật của Lopes và cộng sự tốt hơn. Từ kết quả trên trong thực hành lâm sàng, cần chú ý chăm sóc dinh dưỡng trước phẫu thuật tốt hơn nhằm cải thiện TTDD của người bệnh, tăng sức chịu đựng của cơ thể với những điều trị ung thư tiếp theo.

Trước phẫu thuật, tỷ lệ người bệnh SDD theo BMI thấp hơn đáng kể so với

tỷ lệ người bệnh có SDD theo PG-SGA (18% so với 48,3%). Điều này có thể lý giải do tiêu chí đánh giá khác nhau. Đánh giá bằng BMI thì quan tâm đến cân nặng và chiều cao hiện tại. Đánh giá bằng PG-SGA bao gồm tình trạng giảm cân, giảm ăn và các triệu chứng khám lâm sàng như teo cơ, giảm lớp mỡ dưới da, phù và cổ chướng. Nên những người bệnh có chỉ số BMI bình thường nếu không được phân loại TTDD theo PG-SGA thì có thể bỏ sót nguy cơ SDD. Vì thế, ngưỡng BMI nhỏ hơn 18,5 kg/m<sup>2</sup> để phân loại tình trạng SDD là không toàn diện và không nên sử dụng như một chỉ số duy nhất để đánh giá TTDD. Do đó, trong quá trình đánh giá TTDD cho người bệnh ung thư, nên sử dụng phối hợp chỉ số nhân trắc với các chỉ số/dấu hiệu khác (đặc biệt là giảm cân và thay đổi chế độ ăn) để đánh giá chính xác và toàn diện nhất TTDD của người bệnh.

Trước phẫu thuật, tỷ lệ SDD theo albumin là 21,1%. Kết quả nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh trên người bệnh UT đường tiêu hóa có điều trị hóa chất ở bệnh viện Đại học Y Hà Nội với tỷ lệ SDD theo albumin là 25,5%<sup>9</sup>. Sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu có thể giải thích do sự khác nhau về đối tượng và thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi có điểm mạnh là người bệnh được đánh giá TTDD bằng các công cụ khác nhau, gồm các chỉ tiêu nhân trắc, hoá sinh và lâm sàng theo PG-SGA. Điểm hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu nhỏ.

## V. KẾT LUẬN

Người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng có tỷ lệ SDD cao theo BMI và PG-SGA, có sụt cân trong 5 ngày sau mổ. Tỷ lệ SDD theo BMI và PG-SGA sau phẫu thuật đều cao hơn so với trước

phẫu thuật. Đánh giá bằng công cụ PG-SGA có tỷ lệ SDD cao hơn đánh giá bằng chỉ số BMI. Cần can thiệp dinh dưỡng kịp thời để cải thiện TTDD cho người bệnh.

## Lời cảm ơn

Các tác giả bài báo xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Ung bướu Hà Nội và

bệnh viện K-cơ sở Tân Triều và các đối tượng đã tham gia nghiên cứu này.

## Tài liệu tham khảo

1. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*. 2017;66(4):683-691.
2. Fujii S, Tsukamoto M, Fukushima Y, et al. (2016). Systematic review of laparoscopic vs open surgery for colorectal cancer in elderly patients. *World J Gastrointest Oncol*. 2016;8(7):573-82.
3. Maurizio Muscaritoli, Simone Lucia, Alesio Farcomeni, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget*. 2017;8(45):79884-79896.
4. Karthaus M and Frieler F. Essen und Trinken am Ende des Lebens: Ernährung bei Krebspatienten in der palliativen Onkologie und Palliativmedizin. *Wien Med Wochenschr*. 2004;154(9):192-198.
5. Garth AK, Newsome CM, Simmance N, and Crowe TC. Nutritional status, nutrition practices and post-operative complications in patients with gastrointestinal cancer. *J Hum Nutr Diet*. 2010;23(4):393-401.
6. Nguyễn Thị Thanh. Thực trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 2017. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2018.
7. Phạm Thị Thu Hương, Trần Thị Trà Phương, Hà Thị Vân, và cộng sự. Thực trạng dinh dưỡng, kiến thức và thực hành dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đại trực tràng điều trị hóa chất tại Trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2013;9(4):35-41.
8. Bhattacharya A, Pal B, Mukherjee S, and Roy SK. Assessment of nutritional status using anthropometric variables by multivariate analysis. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1045.
9. Zhang X, Zhang L, Wei C, et al. U-shaped association between serum albumin and pediatric intensive care unit mortality in critically ill children. *Front Nutr*. 2022;9:931599.
10. Duerksen DR, Laporte M, and Jeejeebhoy K. Evaluation of Nutrition Status Using the Subjective Global Assessment: Malnutrition, Cachexia, and Sarcopenia. *Nutr Clin Pract*. 2021;36(5):942-956.
11. Pham Van B, Nguyen Thi Thanh H, Le Thi H, et al. Nutritional Status and Feeding Regimen of Patients with Esophagus Cancer-A Study from Vietnam. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(3).
12. Phan Thị Bích Hạnh. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có điều trị hóa chất tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016-2017. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.
13. Joana Pedro Lopes, Paula Manuela de Castro Cardoso Pereira, Ana Filipa dos Reis Baltazar Vicente, et al. Nutritional status assessment in colorectal cancer patients. *Nutr Hosp*. 2013;28(2):412-418.