

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

Bùi Thị Duyên¹, Nguyễn Quang Dũng²

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của người bệnh trước và sau phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Quân y 175 – TP. Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 98 người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa có chuẩn bị tại khoa ngoại bụng - Bệnh viện Quân y 175. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có tình trạng giảm cân trước mổ là 82,7%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) đánh giá theo phương pháp SGA, MUAC, BMI, albumin huyết thanh lần lượt là 54,1%, 34,7%, 24,5%, 42,8%. Tỷ lệ người bệnh bị thiếu máu trước phẫu thuật là 48%. Cân nặng khi ra viện thấp hơn trước phẫu thuật, đa số người bệnh có sụt cân. BMI trước phẫu thuật là 20,55; khi ra viện BMI còn 19,45 khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến ở người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2020. Người bệnh có chỉ định phẫu thuật tiêu hóa cần được đánh giá TTDD đúng; can thiệp chế độ dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật kịp thời.

Từ khóa: SGA, phẫu thuật tiêu hóa, suy dinh dưỡng, Bệnh viện Quân y 175, TP HCM.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) ở người bệnh nằm viện là một vấn đề phổ biến trên thế giới. Tỷ lệ SDD ở người bệnh nằm viện dao động trong khoảng từ 20 – 50% tùy theo từng quốc gia, bệnh lý và thời gian nằm viện [1]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng SDD làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, chậm lành vết thương, làm tăng biến chứng, đặc biệt là biến chứng sau phẫu thuật, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng tỷ lệ tử vong. Với người bệnh phẫu thuật tiêu hóa, có nguy cơ SDD cao hơn các người bệnh nằm viện khác. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD ở những người bệnh phẫu thuật đặc biệt là phẫu thuật tiêu hóa rất cao: 46 – 71% [2],[3],[4],[5]. Do đó việc sàng lọc, đánh giá TTDD và

điều trị dinh dưỡng trước phẫu thuật cho người bệnh tiêu hóa đóng vai trò hết sức quan trọng.

Bệnh viện Quân y 175 là bệnh viện tuyến cuối trong Quân đội ở khu vực phía Nam, khoa ngoại tiêu hóa thường xuyên tiếp nhận và phẫu thuật nhiều ca bệnh, tuy nhiên việc đánh giá TTDD và điều trị dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật còn hạn chế và chưa được quan tâm đúng mức. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá TTDD của người bệnh trước, sau phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Quân y 175 để đưa ra dữ liệu nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị người bệnh phẫu thuật 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.

¹Khoa Dinh Dưỡng – Bệnh viện Quân y 175
Email: duyencoi.1989@gmail.com

²Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày gửi bài: 01/04/2021

Ngày phản biện đánh giá: 10/04/2021

Ngày đăng bài: 01/05/2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa có chuẩn bị tại khoa ngoại tiêu hóa – Bệnh viện Quân y 175 trong khoảng thời gian 5/2020 - 3/2021, tuổi từ 18 đến 80, thời gian nằm viện trước phẫu thuật ≥ 2 ngày.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh không đồng ý tham gia, không thể thu thập được các thông tin, số liệu (câm, điếc...), người bệnh phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa cấp cứu (ruột thừa, tắc ruột, thủng tạng rỗng...); có thai; có kèm đái tháo đường và glucose máu >10 mmol/l; đang thở máy hoặc có các bệnh khác phối hợp: suy gan, suy thận, suy tim ở mức độ nặng...

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* Cỡ mẫu: tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2}=1,96$; α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$; p : trị số mong muốn của tỷ lệ SDD là 55,2% (dựa trên tỷ lệ SDD trước phẫu thuật tiêu hóa của người bệnh theo SGA tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2016) [6]; chọn $d=0,1$.

Thay vào công thức tính được $n=95$ người bệnh, thực tế lấy được 98 người bệnh.

* Chọn mẫu: người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ mẫu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin được thu thập qua phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi sẵn có, thăm khám tại giường và ghi nhận dữ liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án: chẩn đoán bệnh, các xét nghiệm cận lâm sàng được làm trước khi người bệnh phẫu thuật.

Cân nặng trước khi phát hiện bệnh: dựa vào hỏi người bệnh cân nặng thường có trước khi phát hiện bệnh (kg). Cân nặng hiện tại: cân buổi chiều ngày trước phẫu thuật, sử dụng cân Tanita với độ chính xác đến 0,1 kg; chiều cao: dùng thước dây có độ với đơn vị centimet, thước sẽ ở vị trí 0 cm khi chạm đất. Đo chu vi vòng cánh tay: dùng thước mềm, không chun giãn với độ chính xác 0,1 cm; đặt vị trí số 0 của thước đo vào mỏm cùng xương vai, kéo thẳng thước đo đến mỏm trên lồi cầu xương cánh tay, đánh dấu điểm giữa cánh tay; dùng thước đo quanh điểm giữa cánh tay, đảm bảo cho thước đo có độ căng vừa phải không quá chặt, không quá lỏng, đọc kết quả chính xác đến 0,1 cm.

2.4. Các ngưỡng đánh giá tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá TTDD bằng BMI dựa vào phân loại của Tổ chức y tế Thế giới WHO (2000): BMI = cân nặng (kg)/ [chiều cao (m)]². Thiếu năng lượng trường diễn khi BMI $<18,5$; bình thường khi BMI: 18,5 – 24,99; thừa cân khi BMI: 25 – 29,99; béo phì khi BMI ≥ 30 .

Đánh giá TTDD bằng SGA (Subjective Global Assessment): dựa bảng phỏng vấn và khám lâm sàng bằng công cụ đánh giá TTDD SGA [7]. SGA phân chia người bệnh thành 3 nhóm: Nhóm A là có TTDD bình thường, Nhóm B là SDD vừa, Nhóm C là SDD nặng.

Đánh giá TTDD theo chu vi vòng cánh tay (MUAC-Mid- Upper Arm Circum-

ference): MUAC <23,5cm: bị SDD; MUAC \geq 23,5 : không SDD.

Đánh giá TTDD theo Albumin: Bình thường: albumin > 35 g/l; SDD nhẹ: 28 - < 35 g/l; SDD vừa: 21 - 27g/l; SDD nặng: < 21 g/l.

Đánh giá thiếu máu theo nồng độ Hemoglobin: Với nam giới: hemoglobin \geq 130 g/l: không thiếu máu; < 130 : thiếu máu; với nữ giới: hemoglobin \geq 120 g/l : không thiếu máu; < 120 : thiếu máu.

2.5. Phân tích số liệu

Các số liệu sẽ được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 13.0. Số liệu được trình bày dưới dạng số trung bình, tỷ lệ phần trăm, sử dụng kiểm định Khi bình phương và Fisher's Exact Test để so sánh các tỷ lệ phần trăm. Khác biệt có ý nghĩa thống

kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng thẩm định đề cương, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, cùng với sự đồng ý của Ban lãnh đạo tại khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175. Người tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu, được tiến hành khi có sự đồng ý tham gia của đối tượng. Mọi thông tin của người tham gia nghiên cứu sẽ được giữ kín chỉ có nghiên cứu viên biết và bảng câu hỏi thu thập thông tin của bệnh nhân sẽ được mã hóa. Công cụ đánh giá không gây ảnh hưởng đến tình trạng bệnh của đối tượng. Kết quả nghiên cứu phục vụ cho khoa học và y tế, cam kết không vì mục đích cá nhân nào khác.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội của người bệnh phẫu thuật tiêu hóa

Đặc tính	Số lượng (n=98)	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nam	67	68,4
Nữ	31	31,6
Nhóm tuổi		
18-30 tuổi	2	2
31-60 tuổi	54	55,1
> 60 tuổi	42	42,9
Dân tộc		
Kinh	97	99
Khác	1	1
Nghề nghiệp		
Công nhân	19	19,4
Công chức, viên chức	20	20,4
Nội trợ	10	10,2
Nghỉ hưu	19	19,4
Khác (nông dân, buôn bán,...)	30	30,6

Kết quả tại bảng 1 cho thấy: Trong 98 đối tượng tham gia nghiên cứu có 68,4% bệnh nhân nam và 31,6% bệnh nhân nữ. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ 31 tuổi trở lên, trong đó cao nhất là

nhóm tuổi 31-60 (55,1%) thấp nhất là nhóm tuổi 18-30 (2%). Các đối tượng hầu hết là dân tộc kinh (99%). Nghề nghiệp chủ yếu là các nghề khác (nông dân, buôn bán,...) chiếm 30,6%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (n=98)	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý		
Thực quản	0	0
Dạ dày	22	22,4
Ruột non	20	20,4
Đại – trực tràng	56	57,1
Phương pháp phẫu thuật		
Mở	57	58,2
Nội soi	41	41,8

Kết quả tại bảng 2 cho thấy: Phẫu thuật đại – trực tràng có số lượng người bệnh nhiều nhất (n= 56) chiếm 57,1%. Phẫu thuật dạ dày và ruột non chiếm lần lượt là 22,4% và 20,4%. Không có

người bệnh nào phẫu thuật thực quản. Nhóm phẫu thuật nội soi có 41 trường hợp chiếm 41,8% còn lại đa số là nhóm phẫu thuật mở có 57 trường hợp chiếm 58,2%.

Bảng 3. Tình trạng giảm cân của người bệnh trước phẫu thuật

Tình trạng giảm cân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không giảm cân	17	17,3
Giảm cân < 10%	39	39,8
Giảm cân \geq 10%	42	42,9
Tổng	98	100

Kết quả tại bảng 3 cho thấy: Trước phẫu thuật, tỷ lệ người bệnh giảm dưới

10% cân nặng là 39,8%, giảm từ 10% cân nặng trở lên là 42,9%.

Bảng 4. Tình trạng giảm cân trước khi nhập viện theo các loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Giảm cân		Không giảm cân	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Dạ dày	22	100	0	0
Ruột non	16	80	4	20
Đại – trực tràng	43	76,8	13	23,2

p= 0,048

Kết quả tại bảng 4 cho thấy: Trước khi nhập viện, tỷ lệ giảm cân ở người bệnh có bệnh lý dạ dày là 100%, người có

bệnh lý ruột non là 80% và bệnh lý đại-trực tràng là 76,8% (p=0,048).

Bảng 5. TTDD theo phương pháp SGA, MUAC, BMI, albumin huyết thanh trước phẫu thuật

Đặc tính	Số lượng (n=98)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp SGA		
SGA – A	45	45,9
SGA – B	32	32,7
SGA – C	21	21,4
MUAC		
Không SDD	64	65,3
Có SDD	34	34,7
BMI		
Thừa cân – béo phì	6	6,1
Bình thường	68	69,4
Thiếu năng lượng trường diễn	24	24,5
Albumin huyết thanh		
Không SDD	56	57,1
SDD mức độ nhẹ	35	35,7
SDD mức độ trung bình	7	7,1
SDD mức độ nặng	0	0
Hemoglobin		
Không thiếu máu	51	52
Có thiếu máu	47	48

Kết quả tại bảng 5 cho thấy: Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 54,1% (53/98) người bệnh SDD theo phương pháp SGA (SGA – B hoặc C), trong đó

SDD nặng chiếm tỉ lệ 21,4%. Tỷ lệ SDD theo MUAC, BMI, Albumin lần lượt là: 34,7%; 24,5%; 42,8%. Tỷ lệ thiếu máu ở các người bệnh là 48%.

Bảng 6. Tình trạng dinh dưỡng đánh giá bằng phương pháp SGA theo các loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	n	Tình trạng dinh dưỡng theo SGA (%)			p
		SGA-A	SGA-B	SGA-C	
Dạ dày	22	8 (36,4)	9 (40,9)	5 (22,7)	
Ruột non	20	5 (25)	4 (20)	11 (55)	0,01
Đại trực tràng	56	32 (57,1)	19 (33,9)	5 (8,9)	

Kết quả tại bảng 6 cho thấy: Ở nhóm phẫu thuật đại trực tràng, tỷ lệ người bệnh có TTDD tốt (SGA-A) chiếm đa số với 57,1% cao hơn so với 2 nhóm có SDD (SGA-B, SGA-C). Ngược lại, đối với

nhóm phẫu thuật ruột non, người bệnh có tình trạng SDD (SGA-B, SGA-C) 75% cao hơn so với nhóm có TTDD tốt. Sự khác biệt về tỷ lệ SGA giữa các nhóm bệnh có ý nghĩa thống kê ($p=0,01$).

Bảng 7. Cân nặng, BMI trước phẫu thuật và khi ra viện

Đặc điểm	Nam (n=67)			Nữ (n=31)		
	TB ± SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất	TB ± SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Cân nặng trước phẫu thuật	55,7 ± 7,8	40,3	72,2	48,5 ± 8,2	31,3	65
Cân nặng khi ra viện	53 ± 8,2	37,8	70	45,5 ± 7,9	29,3	61,7
p	0,053			0,147		
BMI trước phẫu thuật	20,7 ± 2,8	14,1	27,4	20,3 ± 2,9	14,1	27,2
BMI khi ra viện	19,6 ± 2,9	13,2	26,2	19 ± 2,8	13,2	25,8
p	0,027			0,077		

Kết quả tại bảng 7 cho thấy: Ở nam giới, cân nặng trung bình của người bệnh trước phẫu thuật là 55,7 ± 7,8, cân nặng trung bình khi ra viện giảm xuống còn 53 ± 8,2, sự khác biệt chưa có ý ng-

hĩa thống kê ($p=0,053$). Ở nữ giới, cân nặng trung bình của người bệnh trước phẫu thuật là 48,5 ± 8,2, cân nặng trung bình khi ra viện giảm còn 45,5 ± 7,9, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p

= 0,147). BMI trước phẫu thuật ở nam là $20,7 \pm 2,8$, khi ra viện là $19,6 \pm 2,9$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,027$). BMI trước phẫu thuật ở nữ là $20,3 \pm 2,9$, khi ra viện là $19 \pm 2,8$, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,077$).

BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân khẩu học: nghiên cứu ghi nhận sự phân bố về giới tính giữa các bệnh nhân không đồng đều, trong đó nam cao gấp 2 lần nữ, khác hẳn với các nghiên cứu ở các bệnh viện khác là tỷ lệ nam nữ tương đương hoặc chênh lệch không nhiều. Có sự khác biệt này có thể là do Bệnh viện Quân y 175 là viện quân đội nên tỷ lệ người bệnh nam nhiều hơn nữ. Tỷ lệ mắc bệnh tiêu hóa ở nhóm tuổi 31-60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,1% nhóm tuổi 18-29 chiếm 2% và nhóm tuổi trên 60 chiếm 42,9%. Tỷ lệ phân bố về nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa của Nguyễn Duy Hiếu năm 2016 [2]. Người bệnh đa phần là dân tộc Kinh, chiếm tỉ lệ 99%, vì dân tộc Kinh chiếm đa số trong cộng đồng.

Đặc điểm bệnh lý và phương pháp phẫu thuật: trong thời gian nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận được người bệnh nào phẫu thuật thực quản, với 3 nhóm bệnh còn lại, phẫu thuật đại – trực tràng có số lượng người bệnh nhiều nhất ($n = 56$) chiếm 57,1%, phẫu thuật dạ dày và ruột non chiếm tỷ lệ ít hơn. Kết quả này tương tự như trên nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2016) và Chu Thị Tuyết (2013), nhóm người

bệnh phẫu thuật đại trực tràng nhiều hơn nhóm phẫu thuật dạ dày – ruột non [6] [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật mở có tỷ lệ cao hơn phẫu thuật nội soi, điều này khác so với nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2016) tỷ lệ phẫu thuật nội soi chiếm tỷ lệ chủ yếu (67,7%) [6]. Có sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của Đoàn Duy Tân lấy cả nhóm người bệnh phẫu thuật ruột thừa chủ yếu dùng phương pháp nội soi còn trong nghiên cứu của chúng tôi không lấy nhóm người bệnh này.

Tình trạng giảm cân trước phẫu thuật so với cân nặng trước khi phát hiện bệnh là khá cao 82,7% trong đó giảm trên 10% chiếm 42,9%. Tỷ lệ này cũng tương tự như của Chu Thị Tuyết năm 2013 nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa với tình trạng giảm cân trước phẫu thuật 6 tháng là 81,5%, mất cân trên 10% chiếm 29,2% [8]. 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 khẩu phần không đủ năng lượng. Ngoài ra yếu tố tâm lý về bệnh, thói quen ăn uống kiêng khem cũng làm tình trạng giảm cân tăng lên.

Tình trạng giảm cân trước phẫu thuật theo từng bệnh lý là rất cao, của bệnh lý dạ dày là 100%, ruột non là 80%, đại – trực tràng là 76,8%. Sự khác biệt về

tình trạng giảm cân giữa các nhóm bệnh lý có ý nghĩa thống kê ($p=0,048$). Tỷ lệ giảm cân ở các nhóm bệnh lý của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Duy Hiếu năm 2016 và Chu Thị Tuyết (2013) [2],[8]. Tỷ lệ giảm cân ở nhóm bệnh dạ dày luôn cao nhất 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 người bệnh không dám ăn hoặc không ăn được.

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 dinh dưỡng trước phẫu thuật theo các phương pháp:

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 24,5% người bệnh có chỉ số BMI < 18,5 (CED) tỷ lệ này cũng tương tự với nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa của Nguyễn Duy Hiếu năm 2016 là 24,2% [2], nghiên cứu của Lưu Ngân Tâm (2011) tại bệnh viện Chợ Rẫy là 25,8% [5]. 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 gây béo, BMI thấp chứng tỏ người bệnh giảm cả khối cơ và khối mỡ cơ thể dẫn đến SDD. Thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) là một yếu tố tăng biến chứng và tử vong ở người bệnh phẫu thuật ổ bụng - ung thư [9].

SGA là phương pháp đánh giá nhanh TTDD. Đây là phương pháp có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong đánh giá TTDD

ở người bệnh ngoại khoa. Phương pháp SGA tập trung vào tình trạng sụt cân nhanh của người bệnh, tình trạng mất lớp mỡ dưới da, mức độ teo cơ cùng với những triệu chứng đường tiêu hóa [7]. Tỷ lệ nguy cơ SDD theo SGA trong nghiên cứu của chúng tôi là 54,1% nguy cơ SDD mức độ nhẹ đến vừa (SGA-B) là 32,7%, nguy cơ SDD mức độ nặng (SGA-C) là 21,4%. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2016) đánh giá tình trạng người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương cho thấy tỷ lệ SDD là 55,2% và tương tự một số nghiên cứu khác tại Việt Nam [3] [5] cũng như các nước trên thế giới [10] [11].

TTDD của người bệnh trước phẫu thuật theo SGA của các loại phẫu thuật cho thấy hầu hết nhóm người bệnh phẫu thuật dạ dày và ruột non có nguy cơ mức độ SDD: SGA-B và SGA-C. Sự khác biệt giữa các nhóm bệnh và TTDD là có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$).

Đánh giá TTDD theo chỉ số BMI là phương pháp rất đơn giản, dễ thực hiện. BMI dưới 16 được xem là SDD nặng, có nguy cơ tử vong cao. Tuy nhiên, đối với người bệnh nằm viện với nhiều trường hợp chỉ số này không còn chính xác như: tình trạng mất nước, phù, báng bụng, hoặc khi người bệnh có tình trạng sụt cân không chủ ý trên 10% trọng lượng cơ thể trong một thời gian nhất định nhưng chỉ số BMI vẫn trong giới hạn bình thường. Điều này hay gặp ở những người bệnh trước đó có thừa cân hoặc béo phì.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ albumin cũng được sử dụng để đánh giá TTDD. Nồng độ albumin huyết

thanh trước phẫu thuật 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. Nồng độ albumin huyết thanh càng giảm thì nguy cơ biến chứng, tử vong càng cao sau phẫu thuật [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 56/98 người bệnh chiếm 57,1% có albumin huyết thanh ≥ 35 g/l và có 42/98 người bệnh chiếm 42,8% có albumin huyết thanh từ dưới 35g/l. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Duy Hiếu (2016) trên người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa tại bệnh viện Bạch Mai (tỷ lệ người bệnh có Albumin < 35 g/l là 44%) [2].

Người bệnh có Albumin <35 g/l là những người có khẩu phần không đáp ứng đủ năng lượng và protein trong một thời gian dài trước phẫu thuật (ít nhất là khoảng 2 tuần trước phẫu thuật).

Tỷ lệ thiếu máu theo nồng độ hemoglobin trong nghiên cứu của chúng tôi là 48%, kết quả của chúng tôi cao hơn tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Hiếu (2016) (thiếu máu chiếm 36,3%) [2]. Điều trị thiếu máu tốt trước phẫu thuật không chỉ giúp người bệnh đỡ mệt mỏi, tăng cảm giác ngon miệng, tăng khả năng tiêu thụ thức ăn, tăng hoạt động cơ thể, các chức năng sống khác mà còn làm giảm các nguy cơ biến chứng, tử vong.

Tình trạng dinh dưỡng sau phẫu thuật:

Sau khi phẫu thuật, đa phần người bệnh đều có sụt cân khi ra viện. Ở nam giới, cân nặng trung bình của người bệnh trước phẫu thuật là $55,7 \pm 7,8$, cân

nặng trung bình khi ra viện giảm xuống còn $53 \pm 8,2$. Ở nữ giới, cân nặng trung bình của người bệnh trước phẫu thuật là $48,5 \pm 8,2$, cân nặng trung bình khi ra viện giảm còn $45,5 \pm 7,9$. BMI trước phẫu thuật ở nam là $20,7 \pm 2,8$, khi ra viện là $19,6 \pm 2,9$. BMI trước phẫu thuật ở nữ là $20,3 \pm 2,9$, khi ra viện là $19 \pm 2,8$. Như vậy, điều đáng lưu ý là sau phẫu thuật TTDD của người bệnh thường tiến triển theo hướng xấu đi. Do đó việc tư vấn, can thiệp dinh dưỡng kịp thời trước và sau phẫu thuật đóng vai trò hết sức quan trọng. Cần bổ sung, lựa chọn thực phẩm giúp tăng cường hấp thu dinh dưỡng, hạn chế tối đa nguy cơ sụt cân sau phẫu thuật, góp phần cải thiện TTDD của người bệnh, hạn chế các biến chứng sau phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến ở người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2020. Đa số người bệnh có tình trạng giảm cân (82,7%), thiếu máu (48%) trước phẫu thuật. Tỷ lệ SDD theo các phương pháp SGA, MUAC, BMI, albumin huyết thanh đều ở mức cao lần lượt là 54,1%, 34,7%, 24,5%, 42,8%. Cân nặng khi ra viện thấp hơn trước phẫu thuật, đa số người bệnh có sụt cân sau phẫu thuật.

KHUYẾN NGHỊ

Người bệnh có chỉ định phẫu thuật tiêu hóa cần được khám để đánh giá TTDD và tư vấn chế độ dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật. Đối với những

người bệnh có nguy cơ SDD cần được hỗ trợ dinh dưỡng đầy đủ trước phẫu thuật (thời gian hỗ trợ tùy thuộc vào tình trạng SDD) cũng như chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. K. Norman (2008). *Prognostic impact of disease-related malnutrition*. Clin Nutr. 27(1), 5-15.
2. Nguyễn Duy Hiếu (2016). *Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa tại khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2016*. Luận văn thạc sĩ y học.
3. N. V. Pham (2006). *Application of subjective global assessment as a screening tool for malnutrition in surgical patients in Vietnam*. Clin Nutr. 25(1), 102-8.
4. Chu Thị Tuyết (2014). *Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật ổ bụng - tiêu hoá tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2013*. Tạp chí y học dự phòng. XXIV(8), 52.
5. Lưu 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*. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh. Tập 15(Phụ bản của số 4), 387-396.
6. Đoàn Duy Tân, Kim Xuân Loan Nguyễn Hoàng Văn (2017). *Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân trước mổ và các yếu tố liên quan tại khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện Nguyễn Tri Phương*. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh. Phụ bản tập 21(Số 1).
7. AS Detsky (1987). *What is subjective global assessment of nutritional status?*. 11(1), 8-13.
8. Chu Thị Tuyết (2013). *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*. Luận án tiến sĩ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
9. John T. Mullen (2008). *Impact of Body Mass Index on Perioperative Outcomes in Patients Undergoing Major Intra-abdominal Cancer Surgery*. Annals of Surgical Oncology. 15(8), 2164.
10. M. A. Kuzu (2006). *Preoperative nutritional risk assessment in predicting postoperative outcome in patients undergoing major surgery*. World J Surg. 30(3), 378-90.
11. A. K. Garth (2010). *Nutritional status, nutrition practices and post-operative complications in patients with gastrointestinal cancer*. J Hum Nutr Diet. 23(4), 393-401.

Summary

PRE- AND POST-OPERATIVE NUTRITION STATUS OF PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL SURGERY AT 175 MILITARY HOSPITAL IN 2020

Objectives: Assessment of the pre- and post-operative nutrition status of patients with gastrointestinal (GI) surgery at 175 Military Hospital. **Methods:** This descriptive cross-sectional study was carried out on 98 elective GI surgery patients in Department of Abdominal Surgery – 175 Military Hospital. **Results:** The prevalence of weight loss patients before surgery was 82,7%. The rates of undernutrition according to SGA, MUAC, BMI were 54,1%, 34,7%, 24,5%, 42,8%, respectively. The rate of patients with anemia before surgery was 48%. The weight at discharge was lower than before surgery, most of patients had weight loss. The average pre-op BMI was 20,55; and the discharge BMI was 19,45, which was a statistically significant ($p < 0,05$). **Conclusions:** Undernutrition was common in GI surgery patients at 175 Military Hospital in 2020. The elective GI surgery patients need to be assessed the nutrition status accurately; and nutritional intervention needs to be initiated immediately.

Keywords: *SGA, gastrointestinal surgery, undernutrition, 175 Military Hospital.*