

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT MỞ Ổ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC NĂM 2024

Nguyễn Tuấn Phương¹, Phạm Thị Dung^{2,✉}, Vũ Phong Túc²,
Phạm Thị Kiều Chinh²

¹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

² Trường Đại học Y Dược Thái Bình

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật mở ổ bụng của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 112 người bệnh trước phẫu thuật mở ổ bụng. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh được đánh giá theo chỉ số nhân trắc (cân nặng, BMI, số đo vòng cánh tay), phương pháp SGA, albumin và hemoglobin máu.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh giảm cân không mong muốn trong 6 tháng gần đây từ 5 đến 10% trọng lượng cơ thể là 33,0% và 26,8% người bệnh giảm trên 10% trọng lượng cơ thể. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) theo BMI, chu vi vòng cánh tay là 15,2% và 26,8%. Theo phân loại SGA, 40,2% người bệnh SDD trong đó mức độ nhẹ đến vừa là 30,4% và mức độ nặng là 9,8%. Tỷ lệ người bệnh có albumin huyết thanh thấp là 40,2% và 39,3% thiếu máu.

Kết luận: Suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ khá cao ở người bệnh trước phẫu thuật mở ổ bụng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. Cần phối hợp nhiều phương pháp sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh để tránh bỏ sót những người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, phẫu thuật, ổ bụng, bệnh viện Vĩnh Phúc.

NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS BEFOR LAPAROTOMY AT GENERAL HOSPITAL OF VINH PHUC PROCINCE, 2024

ABSTRACT

Aims: To assess the nutritional status of patients before laparotomy at General Hospital of Vinh Phuc Province, 2024.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 112 patients before laparotomy. The nutritional status of patients was assessed by anthropometric indices (weight, BMI, arm circumference), Subjective Global Assessment (SGA) method, blood albumin and hemoglobin.

Results: Rate of patients with involuntary weight loss in the last 6 months from 5 to 10% of body weight was 33.0%, and 26.8% of patients lost more than 10% of body weight. According to BMI and arm circumference, the prevalence of malnutrition was 15.2% and 26.8%, respectively. Based on SGA, the rate of malnutrition was 40.2% (30.4% mild to moderate and 9.8% severe). The rate of low albumin levels was 40.2%, and 39.3% of patients with anemia.

✉ Tác giả liên hệ: Phạm Thị Dung

Email: dungpt@tbump.edu.vn

Doi: 10.56283/1859-0381/763

Nhận bài: 8/8/2024 Chính sửa: 10/10/2024

Chấp nhận đăng: 27/12/2024

Công bố online: 30/12/2024

Conclusion: The prevalence of malnutrition was quite high among patients prior to undergoing open abdominal surgery at Vinh Phuc General Hospital. It is recommended to use multiple screening methods to assess the nutritional status of patients, ensuring that those at risk of malnutrition are not overlooked.

Keywords: Nutritional status, surgery, abdomen, Vinh Phuc hospital, malnutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) ở người bệnh nằm viện là một vấn đề phổ biến trên thế giới, đe dọa trực tiếp tới sức khỏe người bệnh. 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]. Đặc biệt với người bệnh phẫu thuật thì tình trạng dinh dưỡng là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình diễn tiến của bệnh. Người bệnh bị suy dinh dưỡng làm gia tăng các biến chứng sau mổ, có tỷ lệ tử vong cao hơn, thời gian điều trị lâu hơn và chi phí điều trị tăng lên [2]. Việc sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật là cần thiết giúp phân loại sớm tình trạng dinh dưỡng và có những can thiệp dinh dưỡng kịp thời. Nhiều nghiên cứu cho thấy dinh dưỡng đầy đủ trước phẫu thuật đã làm cải thiện

kết quả lâm sàng trên người bệnh và giảm chi phí cho điều trị [3, 4].

Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc là bệnh viện hạng I tuyến tỉnh, số lượng người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp chiếm tỉ lệ khá cao, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và điều trị dinh dưỡng trước phẫu thuật còn hạn chế, chưa được quan tâm đúng mức. Nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị người bệnh phẫu thuật nói riêng, người bệnh nằm viện nói chung và hạn chế các biến chứng, giảm chi phí y tế cũng như thời gian nằm viện cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật mở ổ bụng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2024.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2024 nhằm đánh giá tình

trạng dinh dưỡng người bệnh trước phẫu thuật mở ổ bụng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh tuổi từ 18 đến 80 tuổi, nhập viện có chỉ định phẫu thuật mở ổ bụng, thời gian nằm viện trước phẫu thuật ≥ 2 ngày và bác sĩ phẫu thuật cho phép người bệnh tham gia và người bệnh ký phiếu cam kết thực hiện. Đối tượng gồm

3 nhóm: Nhóm phẫu thuật đường tiêu hoá trên: gồm phẫu thuật thực quản, dạ dày, tá tràng; Nhóm phẫu thuật đường tiêu hoá dưới: gồm phẫu thuật ruột non, đại tràng, trực tràng, ống hậu môn và hậu môn; Nhóm phẫu thuật hệ gan mật tụy.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Phẫu thuật mở ổ bụng cấp cứu, viêm tụy cấp, người bệnh ung thư, mổ lấy thai....
- Người bệnh chỉ định phẫu thuật có kèm đái tháo đường và glucose máu >10 mmol/l.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*** Cỡ mẫu được tính theo công thức**

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

Trong đó: $p = 0,63$ là tỉ lệ SDD của người bệnh trước phẫu thuật vùng bụng tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ của tác giả Phan Kim Huệ [5]. d là sai số mong muốn $= 0,09$. Áp dụng công thức tính $n = 111$. Thực tế điều tra 112 người bệnh.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

* *Phòng vấn trực tiếp người bệnh* để thu thập thông tin về đặc điểm cá nhân, thông tin về bệnh. Phòng vấn trực tiếp người bệnh để đánh giá TTDD của người bệnh theo SGA. Nội dung đánh giá gồm: thay đổi cân nặng, thay đổi khẩu phần ăn, các triệu chứng dạ dày ruột kéo dài trên 2 tuần, thay đổi chức năng vận động; các bệnh mắc phải và ảnh hưởng của các stress chuyên hóa, các dấu hiệu lâm sàng dinh dưỡng.

* *Đo trực tiếp các chỉ số nhân trắc*: người bệnh được đánh giá tình trạng dinh dưỡng vào ngày nhập viện để phẫu thuật bao gồm các số đo nhân trắc (cân nặng, chiều cao, chu vi vòng cánh tay.).

- Cân nặng của người bệnh được đo vào buổi sáng ngày đầu nằm viện, sau khi đã đi đại tiện tiện và chưa ăn uống gì. Sử dụng cân TANITA độ chính xác là 0,1kg. Cân được đặt ở vị trí ổn định và bằng phẳng, đủ ánh sáng. Chỉnh cân về vị trí "0". Khi cân người bệnh mặc quần áo mỏng, bỏ giày, dép. Người bệnh đứng vào giữa bàn cân ở tư thế đứng thẳng, không cử động, không chạm vào bất cứ vật gì

- Người bệnh chỉ định phẫu thuật kèm theo thở máy hoặc có các bệnh khác phối hợp: suy gan, suy thận, suy tim ở mức độ nặng...

- Người bệnh câm, điếc hoặc không thể thu thập được các thông tin, số liệu.

* *Phương pháp chọn mẫu*: chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ người bệnh phẫu thuật mở ổ bụng theo kế hoạch đang điều trị tại Khoa Ngoại bụng - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc vào nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ mẫu cho đến khi đủ 112 người bệnh.

xung quanh. Đọc và ghi lại kết quả với đơn vị là kg và một số lẻ. Ví dụ: 55,6kg [13].

- *Đo chiều cao*: Sử dụng thước Microtoise của Pháp (độ chính xác 0,1 cm). Thước được đóng trên mặt phẳng tường vuông góc với mặt phẳng sàn nhà, mặt tường phải phẳng, mặt sàn phải phẳng và ổn định. Đối tượng bỏ giày, dép, mũ, nón, búi tóc... đứng quay lưng vào thước đo, 2 gót chân chạm vào nhau, trục dọc của cơ thể trùng với trục của thước, mắt nhìn thẳng về phía trước, hai cánh tay buông thõng. Đảm bảo 9 điểm chạm của cơ thể: 2 gót chân, 2 bụng chân, 2 hông, 2 vai và cằm. Trục cơ thể trùng với trục thước đo. Dùng tay còn lại kéo êke của thước từ trên xuống dưới áp sát đến đỉnh đầu và vuông góc với thước. Đọc và ghi lại kết quả, với đơn vị là cm và một số lẻ. Ví dụ 160,3 cm [13].

- *Đo chu vi vòng cánh tay (MUAC)*: Sử dụng thước dây không co giãn. Đo điểm giữa cánh tay bên trái (giữa móm cùng vai và điểm trên lồi cầu). Các bước đo MUAC:

Bước 1: Điều tra viên chuẩn bị ĐTNC ở tư thế ngồi.

Bước 2: Điều tra viên bộc lộ tay không thuận của ĐTNC và gấp cẳng tay ở tư thế sinh lý (tư thế bó bột).

Bước 3: Điều tra viên đo chiều dài xương cánh tay từ mỏm cùng vai đến

* *Kỹ thuật xét nghiệm*

Cách lấy máu và bảo quản: Lấy 3 ml máu tĩnh mạch khi đói (đôi tượng nhịn đói ít nhất là 10 tiếng, nhưng không quá 16 tiếng) và được nghỉ ngơi ít nhất 10 phút trước khi lấy máu. Mẫu máu thu được sẽ được cho vào ống có hạt nhựa để li tâm

* *Các tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng gồm:*

- Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index): $BMI = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{\text{Chiều cao (m)}^2}$

Phân loại theo tiêu chuẩn của WHO: thiếu năng lượng trường diễn: $< 18,5 \text{ kg/m}^2$; Bình thường: $18,5-23 \text{ kg/m}^2$; Thừa cân: $\geq 23 \text{ kg/m}^2$; Béo phì $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ [6].

- Chỉ số chu vi vòng cánh tay: SDD khi $< 23 \text{ cm}$ đối với nữ và $< 24 \text{ cm}$ đối với nam.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu nhập bằng EPIDATA 3.1; phân tích bằng SPSS 20.0. Số liệu được

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng đề cương thạc sĩ trường Đại học Y Dược Thái Bình quyết định số 1917/QĐ-YDTB và được sự cho phép thực hiện của bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. Người bệnh

mỏm khuỷu, sau đó đánh dấu điểm giữa cánh tay.

Bước 4: ĐTNC buông thõng tay và điều tra viên đo chu vi quanh điểm giữa cánh tay. Kết quả được lấy bằng đơn vị cm với 1 số lẻ.

tách huyết thanh và bảo quản lạnh $+2$ đến $+8$ độ C. Sau đó mẫu huyết thanh sẽ được bảo quản ở -20 độ C cho đến khi phân tích. Thực hiện các xét nghiệm máu theo các quy trình thường quy tại khoa Hóa sinh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

- Đánh giá TTDD bằng công cụ SGA chia thành 3 mức độ: SGA-A là TTDD bình thường; SGA-B là SDD vừa; SGA-C là SDD nặng.

- Phân loại albumin: thấp khi nồng độ $< 35 \text{ g/L}$.

- Hemoglobin: thiếu máu khi $< 120 \text{ g/l}$ ở nam và $< 130 \text{ g/l}$ ở nữ.

xử lý theo phương pháp thống kê trong y sinh học với các test thống kê phù hợp.

được cung cấp thông tin về mục đích, nội dung nghiên cứu và tình nguyện tham gia. Thông tin được bảo mật, chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

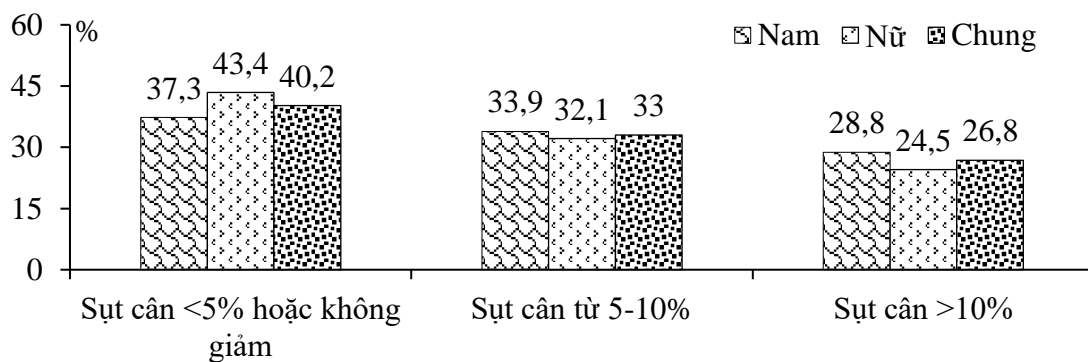
III. KẾT QUẢ

Bảng 1 cho thấy nghiên cứu thực hiện trên 112 người bệnh với độ tuổi trung bình là $58,4 \pm 16,3$; nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm 50%; nam chiếm 52,7% và nữ với 46,3%. Có 22,3% phẫu thuật đường tiêu

hóa trên (thực quản, dạ dày, tá tràng); 32,1% phẫu thuật đường tiêu hóa dưới (đại tràng, trực tràng, hậu môn) và 45,5% phẫu thuật hệ gan mật tụy.

Bảng 1. Đặc điểm về giới, nhóm tuổi, nghề nghiệp của đối tượng

Biến số		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	Trung bình±độ lệch chuẩn	58,4±16,3	
	18- 30 tuổi	7	6,2
	31-59 tuổi	49	43,8
	≥ 60 tuổi	56	50,0
Giới tính	Nam	59	52,7
	Nữ	53	46,3
Loại phẫu thuật	Đường tiêu hoá trên	25	22,3
	Đường tiêu hoá dưới	36	32,2
	Hệ gan mật tụy	51	45,5



Hình 1. Thay đổi cân nặng của người bệnh trong 6 tháng gần đây theo giới (n=112)

Hình 1 cho thấy sự thay đổi cân nặng của người bệnh trong 6 tháng gần đây, trong đó có 40,2% không giảm hoặc giảm dưới 5% trọng lượng cơ thể. Có 33,0% người bệnh giảm từ 5 đến 10% trọng lượng cơ thể và 26,8% người bệnh giảm trên 10% trọng lượng cơ thể.

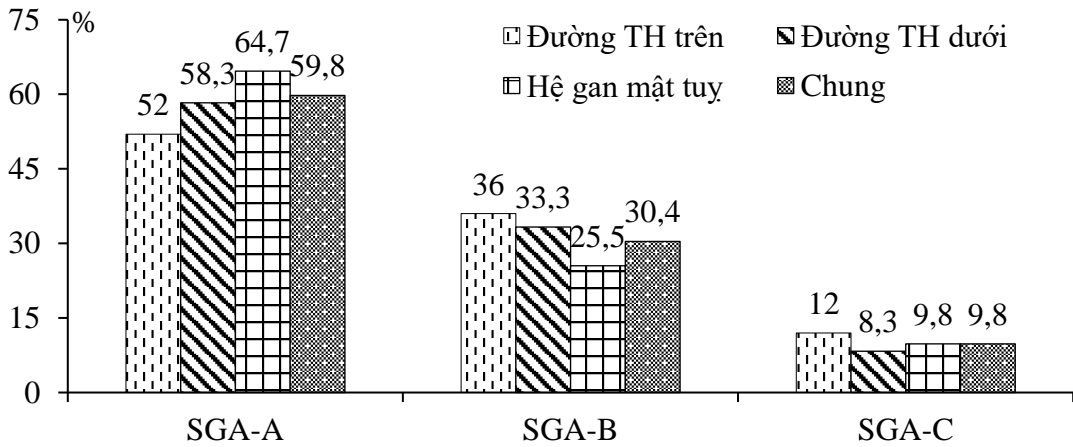
Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo BMI và chu vi vòng cánh tay

Tình trạng dinh dưỡng	Loại phẫu thuật							
	Đường TH trên (n=25)		Đường TH dưới (n=36)		Hệ gan mật tụy (n=51)		Chung (n=112)	
Chỉ số khối cơ thể								
Thiếu NLTD	3	12,0	7	19,4	7	13,7	17	15,2
Bình thường	22	88,0	25	69,4	40	78,4	87	77,7
Thừa cân-béo phì	0	0,0	4	11,1	4	7,8	8	7,1
Chu vi vòng cánh tay								
Không SDD	20	80,0	23	63,9	39	76,5	82	73,2
Có SDD	5	20,0	13	36,1	12	23,5	30	26,8

NLTD: năng lượng trường diễn; SDD: suy dinh dưỡng; TH: tiêu hoá

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI là 15,2%; trong đó tỷ lệ này ở nhóm phẫu thuật đường tiêu hoá trên là 12,0%; đường tiêu hoá dưới là 19,4% và

phẫu thuật hệ gan mật tụy là 13,7%. Đánh giá theo chu vi vòng cánh tay có 26,8% suy dinh dưỡng; cao hơn ở nhóm phẫu thuật đường tiêu hoá dưới với 36,1%.



Hình 2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo SGA (n=112)

Hình 2 cho thấy tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo thang đánh giá SGA, 30,4% người bệnh có SGA mức độ B, trong đó cao hơn ở người bệnh phẫu thuật đường tiêu hoá trên với 36,0%; ở người

bệnh phẫu thuật đường tiêu hoá dưới là 33,3% và hệ gan mật tụy là 25,5%. Có 9,8% suy dinh dưỡng mức độ nặng, cao hơn ở nhóm phẫu thuật đường tiêu hoá trên với 12,0%.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo chỉ số albumin và hemoglobin

Tình trạng dinh dưỡng	Loại phẫu thuật							
	Đường TH trên (n=25)		Đường TH dưới (n=36)		Hệ gan mật tụy (n=51)		Chung (n=112)	
Albumin								
Không SDD	15	60,0	21	58,3	31	60,8	67	59,8
SDD nhẹ	7	28,0	10	27,8	14	27,5	31	27,7
SDD trung bình	3	12,0	5	13,9	6	11,8	14	12,5
Hemoglobin								
Không thiếu máu	14	56,0	21	58,3	33	64,7	68	60,7
Có thiếu máu	11	44,0	15	41,7	18	35,3	44	39,3

Số liệu trình bày theo tần số và tỷ lệ %

Bảng 3 cho thấy theo albumin, có 40,2% suy dinh dưỡng; trong đó 27,7% suy dinh dưỡng mức độ nhẹ và 12,5% mức độ nặng. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa trên là 40%; đường tiêu hóa dưới là

41,7% và ở hệ gan mật tụy là 39,2%. 39,3% người bệnh có tình trạng thiếu máu. Tỷ lệ thiếu máu cao hơn ở nhóm phẫu thuật đường tiêu hóa trên với 44,0%; đường tiêu hóa dưới là 41,7% và hệ gan mật tụy 35,3%.

IV. BÀN LUẬN

Đa số người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa đều có tình trạng giảm cân trước phẫu thuật, tỷ lệ này có thể dao động tùy theo vị trí phẫu thuật và loại hình phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật mở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 33,0% người bệnh giảm từ 5 đến 10% trọng lượng và 26,8% giảm trên 10% trọng lượng. Nghiên cứu của tác giả Chu Thị Tuyết cho thấy tỷ lệ giảm cân không mong muốn >10% trong 6 tháng trước nhập viện là 29,2% [7]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Thanh Trúc cũng cho thấy 44,9% giảm cân không mong muốn [8].

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số BMI, nghiên cứu cho thấy có 15,2% SDD. Thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Bá Phước tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng, tỷ lệ này là 21,7% [9]; nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Nguyên tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ tỷ lệ là 29,5% [10]. Nghiên cứu của các tác giả có tỷ lệ cao hơn do thực hiện trên người bệnh phẫu thuật chủ yếu là về đường tiêu hóa (thực quản, dạ dày, ruột non, đại tràng), trong khi nghiên cứu của chúng tôi gồm cả người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa tiêu hóa và phẫu thuật tuyến tiêu hóa (gồm hệ gan, mật tụy). Hầu hết người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa có triệu chứng tiêu hóa ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng tiêu hoá và hấp thu của người bệnh, đồng thời khi ăn vào có thể gây đau do vậy người bệnh không dám ăn làm cho khẩu phần ăn hàng ngày không đáp ứng được nhu cầu, vì vậy tỷ lệ SDD có xu hướng cao hơn. Tuy nhiên lại cao hơn so với tác giả Nguyễn Trần Đức Hiếu đánh giá trên người bệnh phẫu thuật ngoại khoa cho thấy tỷ lệ SDD theo BMI chỉ là 4,3% [11]. Vì nghiên cứu của tác giả đánh giá trên tất cả người bệnh phẫu thuật tại 4 khoa ngoại: Tổng hợp, Chấn thương, Tiết

niệu - Nhi, Thần kinh - Lồng ngực, vì vậy tỷ lệ người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa sẽ ít gặp hơn. Điều này càng cho thấy phẫu thuật đường tiêu hóa thường sẽ có tỉ lệ SDD cao hơn so với các vị trí phẫu thuật khác.

Giá trị BMI không phản ánh đầy đủ tình trạng dinh dưỡng của người bệnh, đồng thời nếu chỉ dựa vào BMI cũng khó phát hiện SDD tiềm ẩn. Vì thế, chúng tôi còn đánh giá theo phương pháp SGA, theo phương pháp này, có 40,2% người bệnh SDD. Tương đồng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Nguyên cũng có 40% SDD theo SGA [10]. Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Duyên ghi nhận có 54,1% người bệnh SDD [12]; nghiên cứu của tác giả Dương Thị Phương tỷ lệ này là 56,1 [13]. Điều này có thể là do các nghiên cứu thực hiện ở các bệnh viện tuyến trên nên thường là những người bệnh có tình trạng bệnh nặng, những ca khó, nguy hiểm mà các bệnh viện tuyến dưới không đáp ứng được, vì vậy tỷ lệ SDD cao hơn.

Phân loại theo bệnh lý phẫu thuật, nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ SDD ở nhóm phẫu thuật đường tiêu hóa trên là 48%; đường tiêu hóa dưới là 41,6% và hệ gan mật tụy là 35,4%. Phẫu thuật đường tiêu hóa trên thường là các phẫu thuật liên quan đến bệnh lý dạ dày, thực quản, người bệnh thường có các triệu chứng như chán ăn lâu ngày, mệt mỏi, nôn, đau nhiều, do vậy tình trạng dinh dưỡng thường kém hơn. Nghiên cứu của tác giả Chu Thị Tuyết cũng cho thấy có sự khác nhau về tỷ lệ SDD giữa các loại phẫu thuật, cao nhất ở nhóm phẫu thuật đường tiêu hoá trên [7]. Như vậy nguy cơ về SDD phụ thuộc vào các vị trí phẫu thuật khác nhau.

Cùng với BMI và đánh giá SGA, chu vi vòng cánh tay (MUAC) cũng được xem xét để xác định tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. Tỷ lệ SDD theo MUAC ở nghiên cứu của chúng tôi là 26,8%. Nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Duyên, tỷ lệ này khá cao với 34,7% [12]. Nghiên cứu của tác giả Dương Thị Phượng cũng ghi nhận tỷ lệ SDD theo MUAC là 20,7% [13].

Albumin là một trong những thành phần protein quan trọng nhất của huyết thanh, giảm albumin huyết thanh không chỉ liên quan đến tình trạng kém dinh dưỡng mà còn là yếu tố có ý nghĩa trong tiên lượng biến chứng và tử vong sau phẫu thuật [14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 40,2% người bệnh có chỉ số albumin thấp. Cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Phan Kim Huệ với tỷ lệ là 34,8% [5]; tuy nhiên lại thấp hơn nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Quyên, tỷ lệ SDD theo chỉ số albumin là 52,2% [15]. Như vậy tỷ lệ albumin thấp có sự dao động giữa các nghiên cứu, từ 20% đến trên 60%, nhưng đều cho thấy khả năng của người bệnh đã không đáp ứng đủ năng lượng và protein trong một thời gian dài trước thời điểm đánh giá (ít nhất là khoảng 2 tuần trước phẫu thuật), xét nghiệm albumin sẽ giúp các bác sĩ theo dõi tình trạng sức khỏe, tiến triển bệnh lý

của từng người bệnh để đưa ra chỉ định can thiệp phù hợp.

Việc đánh giá dinh dưỡng bằng các công cụ khác nhau sẽ cho kết quả khác nhau, nghiên cứu cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng khi đánh giá theo BMI là 15,6%; thấp hơn so với khi đánh giá theo SGA là 40% và theo MUAC là 26,8%. Có thể thấy đánh giá dinh dưỡng bằng công cụ SGA có khả năng phát hiện người bệnh SDD hoặc có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn so với BMI, MUAC. Tuy nhiên mỗi phương pháp đánh giá đều có ưu và nhược điểm riêng, tùy vào mục đích sử dụng, địa bàn và nhóm đối tượng nghiên cứu mà có thể lựa chọn công cụ thích hợp. Với BMI, nhân viên y tế chỉ cần dựa vào cân nặng và chiều cao, nên có thể thao tác nhanh, thực hiện đơn giản thích hợp đối với tầm soát dinh dưỡng người bệnh khi nhập viện hoặc đối với phòng khám ban đầu. Tuy nhiên BMI lại không đánh giá được những thay đổi nhỏ trong thời gian ngắn, dễ bị bỏ sót những người bệnh nguy cơ, khó theo dõi diễn tiến người bệnh trên lâm sàng. Ngược lại có thể thấy phương pháp đánh giá SGA là công cụ tầm soát đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng tương đối tốt do có thể phân loại sớm tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ngay khi người bệnh có vấn đề về dinh dưỡng (chán ăn, nôn, buồn nôn) mà chưa có sự thay đổi về cân nặng.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng theo BMI, MUAC, SGA là 15,2%, 26,8% và 40,2%. Theo albumin, tỷ lệ người bệnh SDD là 40,2% và 39,3% thiếu máu theo Hemoglobin. Người bệnh có chỉ định phẫu thuật ổ bụng cần được khám sàng

lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, tư vấn chế độ dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật. Phối hợp nhiều phương pháp sàng lọc, đánh giá để tránh bỏ sót những người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng.

Tài liệu tham khảo

- Pierzak S, Szczukiewicz G and Głuszek S. The problem of hospital malnutrition and its consequences. *Medical Studies/Studia Medyczne*. 2020;36(1):46-50.
- Luu Ngân Tâm. Tổng quan về dinh dưỡng điều trị cho bệnh nhân nội trú. *Tạp chí Y học lâm sàng*. 2017;41(3):9-14.
- Martínez-Ortega AJ, Piñar-Gutiérrez A, Serrano-Aguayo P, et al. Perioperative Nutritional Support: A Review of Current Literature. *Nutrients*. 2022; 14(8):1601-1619.
- Knight SR, Qureshi AU, Drake TM, et al. The impact of preoperative oral nutrition supplementation on outcomes in patients undergoing gastrointestinal surgery for cancer in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2022;12(1):124-156.
- Phan Kim Huệ, Lê Thị Hường và Lê Thị Kim Định. Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân phẫu thuật vùng bụng có chuẩn bị tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;529(1B):144-152.
- Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì (Ban hành kèm theo Quyết định số 2892/QĐ-BYT ngày 22 tháng 10 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế). 2022.
- Chu Thị Tuyết. 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, chuyên ngành dinh dưỡng tiết chế, *Viện vệ sinh dịch tễ trung ương*. 2015.
- Nguyễn Lê Thanh Trúc, Trần Thị Tường Vy, Nguyễn Thị Nghĩa và cs. 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 Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 524(1B):269-273.
- Nguyễn Bá Phước, Phạm Thị Hương Len và Cáp Minh Đức. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật ống tiêu hóa tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2019. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2023;19(1+2):43-49.
- Nguyễn Thị Hồng Nguyên, Trần Trúc Linh, Phan Ngọc Thủy và cs. Tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân phẫu thuật tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô*. 2023;17(2):286-300.
- Nguyễn Trần Đức Hiếu, Lê Thúy Oanh, La Thị Kim Đông và cs. Nghiên cứu tình trạng suy dinh dưỡng và các mối tương quan của suy dinh dưỡng ở bệnh nhân phẫu thuật ngoại khoa tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang năm 2021. 202245(3):62-69.
- Bùi Thị Duyên và 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 – TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2022;17(2):35-45.
- Dương Thị Phương, Đinh Đức Thiện và Bùi Thị Phương. Tình trạng dinh dưỡng trước-sau phẫu thuật, biến chứng sau 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.
- Nipper CA, Lim K, Riveros C, et al. The Association between Serum Albumin and Post-Operative Outcomes among Patients Undergoing Common Surgical Procedures: An Analysis of a Multi-Specialty Surgical Cohort from the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP). *J Clin Med*. 2022;11(21):65-78.
- Vũ Thị Quyển, Đinh Thị Diệu Hằng và Lê Đức Thuận. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh tại khoa Ngoại tiêu hóa bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;536(1):332-338.