

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K TÂN TRIỀU NĂM 2024

Hà Anh Đức^{1,✉}, Đỗ Nam Khánh², Nguyễn Thị Thanh Hoà³

¹Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K Tân Triều

Suy dinh dưỡng (SDD) là vấn đề phổ biến, ảnh hưởng lớn đến người bệnh ung thư trong đó có người bệnh ung thư dạ dày. Nghiên cứu này nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện K Tân Triều năm 2024. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 131 người bệnh được chẩn đoán ung thư dạ dày và có chỉ định phẫu thuật. Kết quả cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật theo đánh giá tổng thể tình trạng dinh dưỡng theo chủ quan (PG-SGA) là 62,6%, trong đó 25,2% ở mức nặng. Theo chỉ số khối cơ thể (BMI), có 29,8% người bệnh thiếu cân. Theo chu vi vòng cánh tay (MUAC) phát hiện 13% suy dinh dưỡng. Albumin giảm ở 11,4% người bệnh, chủ yếu mức nhẹ và vừa. Tình trạng thiếu máu trước mổ chiếm 26,7%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI và PG-SGA, MUAC ($p < 0,001$). Như vậy, tình trạng suy dinh dưỡng và thiếu máu trước phẫu thuật ung thư dạ dày còn phổ biến. Cần đánh giá dinh dưỡng toàn diện và can thiệp sớm để cải thiện kết quả điều trị và giảm biến chứng sau mổ.

Từ khóa: Dinh dưỡng, phẫu thuật dạ dày, PG-SGA, BMI, K Tân Triều.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (Globocan 2020), đây là bệnh ung thư phổ biến thứ năm trên toàn thế giới với 5,6% tương đương với 1,089 triệu người mắc mới, tỷ lệ tử vong đứng thứ tư ở cả hai giới. Cũng theo báo cáo trên thì tại Việt Nam năm 2020 ước tính có 17.906 ca mắc mới ung thư dạ dày, đứng thứ tư và chiếm 9,8% trong các loại ung thư.¹ Phẫu thuật hiện là phương pháp chủ yếu điều trị ung thư dạ dày. Chỉ định tùy thuộc vào mức độ xâm lấn u, di căn

hạch, giai đoạn bệnh, xếp độ mô bệnh học.²

Suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến, ảnh hưởng đến một tỷ lệ lớn người bệnh ung thư, thường gặp ở 60 - 85% người bệnh trước phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa trên.³ Suy dinh dưỡng (SDD) trước phẫu thuật gây ra những hậu quả tiêu cực lên người bệnh không những làm giảm chất lượng cuộc sống và sức đề kháng của cơ thể mà còn ảnh hưởng đến hệ miễn dịch làm gia tăng biến chứng sau phẫu thuật như nguy cơ nhiễm trùng (24 - 30%), xì rò vết mổ (35 - 52%), tăng thời gian nằm viện (14 - 40 ngày), chi phí điều trị cao hơn.⁴ Đối với người bệnh phẫu thuật ung thư dạ dày bị suy dinh dưỡng thì nguy cơ có kết cục lâm sàng kém hơn: tỷ lệ biến chứng sau mổ cao hơn, tỷ lệ sống thấp hơn.⁵ Trên thế giới, các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ SDD trước phẫu

Tác giả liên hệ: Hà Anh Đức

Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế

Email: haanhduc@moh.gov.vn

Ngày nhận: 31/03/2025

Ngày được chấp nhận: 10/04/2025

thuật của người bệnh UTDD cao dao động từ 38 - 80 %.⁶ Tại Việt Nam, có một số nghiên cứu đánh giá về TTDD của người bệnh trước phẫu thuật UTDD cho thấy tỷ lệ SDD trước phẫu thuật chiếm khoảng 54 - 86 % trong đó tỷ lệ SDD nặng chiếm từ 21- 30% theo PG-SGA.⁷

Phát hiện sớm được người bệnh suy dinh dưỡng trước phẫu thuật để có biện pháp điều trị kịp thời là yếu tố làm giảm biến chứng sau phẫu thuật.⁸ Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của người bệnh phẫu thuật dạ dày tại Bệnh viện K Tân Triều nhằm cung cấp những dữ liệu khoa học có thể hỗ trợ điều trị và chăm sóc tốt nhất cho người bệnh UTDD có chỉ định phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh trưởng thành từ đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ung thư dạ dày được chỉ định phẫu thuật có chuẩn bị, điều trị tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Người bệnh được chẩn đoán UTDD bằng mô bệnh học và được chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày có chuẩn bị (bao gồm mổ mở và phẫu thuật nội soi).

+ Đối tượng được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

Tiêu chuẩn loại trừ

+ Người bệnh không thể thu thập được các thông tin, số liệu (câm, điếc, lú lẫn, suy giảm trí tuệ...).

+ Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

+ Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật ung thư dạ dày kèm theo có thai.

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ theo mẫu

bệnh án nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Ngoại Bụng 1 và khoa Ngoại bụng 2 củ Bệnh viện K Tân Triều.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1/2024 đến tháng 4/2024.

Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Cỡ mẫu:

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ.

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

Trong đó:

n: Tổng số đối tượng cần điều tra.

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

d = 0,1 là độ chính xác (sai số cho phép).

p = 0,546 là tỷ lệ SDD trước phẫu thuật theo PG-SGA của người bệnh ung thư dạ dày theo nghiên cứu trước đó.⁷

Thay vào công thức cỡ mẫu sẽ là n = 95 người bệnh. Số lượng mẫu thu được thực tế là 131 người bệnh.

+ Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện: chọn những người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu cho đến khi đủ mẫu.

- Phương pháp thu thập thông tin: + Bước 1. Tham gia hội chẩn thông qua mổ của đơn vị phẫu thuật để biết lịch mổ của người bệnh và cùng với bác sĩ khoa lâm sàng chỉ định các xét nghiệm liên quan tới chẩn đoán dinh dưỡng.

+ Bước 2. Khi người bệnh nhập viện: cân, đo chiều cao, đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA khi nhập viện, phỏng vấn,

ghi chép chỉ số xét nghiệm của người bệnh trước phẫu thuật.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

*** Biến số nghiên cứu:**

- Thông tin chung về nhân khẩu học, xã hội học, nhân trắc bao gồm: tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp, cân nặng, chiều cao.

- Thông tin về phương pháp điều trị: loại phẫu thuật (cắt bán phần dạ dày, cắt toàn bộ).

- Thông tin cận lâm sàng, lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: chẩn đoán bệnh, sinh hóa máu (albumin), bệnh mãn tính kèm theo.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng thông qua phương pháp đánh giá tổng thể tình trạng dinh dưỡng theo chủ quan (PG SGA), các chỉ số nhân trắc như chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI), chu vi vòng cánh tay (MUAC), chu vi cơ cánh tay (MAMC), diện tích cơ cánh tay (AMA), độ dày lớp mỡ dưới da (TSF), chu vi bắp chân.

Kỹ thuật đo và tiêu chuẩn đánh giá

Kỹ thuật thu thập một số thông tin nhân trắc học

Kỹ thuật đo chu vi vòng cánh tay (MUAC):

Vòng đo thường dùng nhất là vòng đo cánh tay không thuận, vòng đo đi qua điểm giữa cánh tay tính từ mỏm cùng vai đến mỏm trên lồi cầu xương cánh tay. Tư thế tay buông thõng tự nhiên. Dùng thước mềm, không chun giãn với độ chính xác 0,1cm.

Kỹ thuật đo độ dày lớp mỡ dưới da cơ tam đầu cánh tay (TSF): TSF được đo bằng

compa chuyên dụng Harpenden. Hai đầu compa là 2 mặt phẳng, tiết diện 1, có một áp lực kế gắn vào compa đảm bảo khi compa kẹp vào da bao giờ cũng ở một áp lực không đổi khoảng 10 - 20 g/mm. Xác định điểm giữa cánh tay trên, tay bên không thuận (giữa mỏm cùng vai và điểm trên lồi cầu) trong tư thế tay buông thõng tự nhiên. Sau đó điều tra viên dùng ngón cái và ngón trỏ của tay véo da và tổ chức dưới da ở điểm giữa mặt sau cánh tay, ngang mức đã đánh dấu. Nâng nếp da khỏi mặt cơ thể khoảng 1cm (trục của nếp da trùng với trục của cánh tay). Đặt mỏm compa vào để đo. Đọc và ghi lại kết quả với đơn vị là mm.

Tiêu chuẩn đánh giá⁹

- Chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index): Phân loại mức độ gầy theo Tổ chức Y tế Thế giới: BMI: 17 - 18,49 (gầy nhẹ); BMI: 16,0 - 16,99 (gầy vừa); BMI: < 16,00 (quá gầy).

- Mức albumin máu: Người bình thường: Albumin 35 - 48g/l; giảm mức độ nhẹ: 28 - 34 g/l; giảm mức độ vừa: 21 - 27 g/l; Giảm mức độ nặng: < 21 g/l

- Chu vi vòng cánh tay MUAC (cm).

- Chu vi cơ cánh tay (MAMC) được tính bằng công thức sau: $MAMC (cm) = MUAC (cm) - [3.14 \times TSF (cm)]$.

- Diện tích cơ cánh tay (AMA) được tính bằng công thức sau: Nam: $AMA = MAMC^2 / 4\pi 10cm^2$; Nữ: $AMA = MAMC^2 / 4\pi - 6,5cm^2$.

- Tiêu chuẩn đánh giá mức độ thiếu máu: Nguyên cứu này sử dụng mức Hb < 12g/dL để đánh giá tình trạng thiếu máu.¹⁰

**Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá dinh dưỡng PG-SGA
(Patient Generated -Subjective Global Assessment)¹¹**

Các chỉ tiêu đánh giá	Điểm		
	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Giảm cân trong 6 tháng	Không	giảm $\leq 10\%$	
Giảm khẩu phần ăn	Không	Giảm gần đây	Nhẹ đến vừa
Các triệu chứng dạ dày - ruột	Không	Buồn nôn/nôn	Chán ăn, ỉa chảy
Suy giảm chức năng của cơ thể	Không	Làm việc kém hiệu quả	Giảm nhiều, nằm liệt giường trên 2 tuần
Suy giảm lớp mỡ	Không	Nhẹ đến vừa	Nặng
Teo cơ	Không	Nhẹ đến vừa	Nặng
Phù	Không	Nhẹ đến vừa	Nặng
Đánh giá	Mức độ A (7 - 11 điểm): Dinh dưỡng tốt	Mức độ B (12 - 16 điểm): SDD vừa phải hoặc nghi ngờ SDD	Mức độ C (17 - 21 điểm): SDD nặng

Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập vào công cụ REDCap. Phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 17. Các biến số mô tả bằng tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, giá trị lớn nhất và nhỏ nhất. Sử dụng kiểm định Fisher's Exact test và Chi bình phương test để so sánh các tỷ lệ. Thống kê suy luận xác định mối liên quan bằng cách sử dụng tỷ lệ odds (OR) với khoảng tin cậy 95% (CI), được coi là có ý nghĩa thống kê tại $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng thông qua đề cương của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng Trường Đại học Y Hà Nội, cùng với sự đồng ý của Ban lãnh đạo tại khoa Ngoại bụng 1, Khoa Ngoại bụng 2 Bệnh viện K. Số liệu thu được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và nhằm đề ra những biện pháp nâng cao sức khỏe người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 131)

	Đặc điểm	n	%
Giới tính	Nam	78	59,5
	Nữ	53	40,5
Tuổi	TB $\pm$ SD = 63,1 $\pm$ 9.9 ; min = 39; max = 86		

	Đặc điểm	n	%
Nghề nghiệp	Nông dân	41	31,3
	Công nhân viên chức	11	8,4
	Lao động tự do	28	21,4
	Hưu trí/già	41	31,3
	Buôn bán	10	7,6
Bệnh lý mãn tính đi kèm	Có	36	27,5
	không	95	72,5

Trong tổng số 131 đối tượng, tỉ lệ nam chiếm 59,5%, tỉ lệ nữ chiếm 40,5%. Tuổi trung bình của các đối tượng là 63,1 tuổi, đối tượng có tuổi nhỏ nhất là 39 tuổi còn đối tượng có tuổi lớn nhất là 86 tuổi. Với công việc hiện tại của

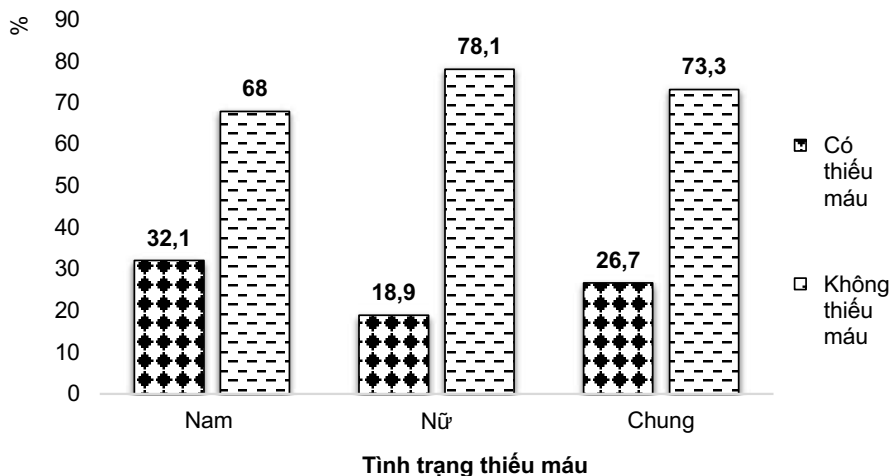
ĐTNC thì nông dân và hưu trí chiếm tỉ lệ cao nhất là 31,3%, ít nhất là buôn bán chiếm tỉ lệ 7,6%. Về các bệnh lý mãn tính kèm theo, có 95 ĐTNC (chiếm 72,5%) là không có các bệnh lý mãn tính đi kèm.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật ung thư dạ dày theo BMI, PG-SGA, MUAC và Albumin (n = 131)

	Tình trạng dinh dưỡng	n	%
TTDD theo BMI (kg/m ²) (n = 131)	Thiếu cân mức độ nặng	4	3,1
	Thiếu cân mức độ trung bình	6	4,6
	Thiếu cân mức độ nhẹ	29	22,1
	Bình thường	79	60,3
	Thừa cân, béo phì	13	9,9
TTDD theo PG-SGA (n = 131)	Không suy dinh dưỡng (PGSGA-A)	49	37,4
	Suy dinh dưỡng nhẹ và vừa (PGSGA-B)	49	37,4
	Suy dinh dưỡng nặng (PGSGA-C)	33	25,2
TTDD theo MUAC (cm) (n = 131)	Suy dinh dưỡng	17	13,0
	Bình thường	114	87,0
Albumin (g/L) (n = 105)	Bình thường (35-50 g/L)	93	88,6
	Giảm nhẹ (28 - 34,99 g/L)	10	9,5
	Giảm vừa (21 - 27,99 g/L)	2	1,9
	Giảm nặng (< 21 g/L)	0	0

Dựa vào chỉ số BMI: 29,8% người bệnh thiếu năng lượng trường diễn, trong đó độ I, độ II lần lượt là 22,1%; 4,6% còn độ III chiếm tỉ lệ 3,1%; có 60,3% người bình thường và 9,9 người bệnh thừa cân, béo phì. Theo MUAC chỉ có 13% người bệnh suy dinh dưỡng. Tuy nhiên, TTDD dựa vào PG-SGA lại có đến 62,6%

người bệnh suy dinh dưỡng trong đó 37,4% là suy dinh dưỡng nhẹ/vừa và còn lại là 25,2% người bệnh suy dinh dưỡng nặng. Theo chỉ số Albumin, có 11,4% người bệnh có albumin giảm nhẹ và vừa, không có người bệnh nào có tình trạng albumin giảm nặng.



Biểu đồ 1. Tình trạng thiếu máu của người bệnh theo hemoglobin và giới trước phẫu thuật (n = 131)

Tỷ lệ người bệnh thiếu máu trước phẫu thuật là 26,7%, trong đó nam giới có 32,1%

người bệnh thiếu máu trước phẫu thuật, tỷ lệ này ở nữ giới thấp hơn nam giới với 18,9%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo BMI với các chỉ số nhân trắc khác của đối tượng nghiên cứu (n = 131)

Các chỉ số nhân trắc	BMI < 18,5	18,5 ≤ BMI < 23	BMI ≥ 23	p
MUAC (cm)	22,7 ± 1,7	25,0 ± 1,2	26,3 ± 1,0	< 0,0001
MAMC (cm)	20,1 ± 1,7	22,7 ± 1,1	23,7 ± 1,0	< 0,0001
AMA (cm ²)	26,5 ± 4,9	32,1 ± 4,2	36,2 ± 4,2	< 0,0001
TSF (mm)	5,3 ± 1,1	7,4 ± 1,9	8,5 ± 1,9	< 0,0001
Chu vi bắp chân (cm)	27,07 ± 1,7	30,59 ± 2,6	32,7 ± 2,6	< 0,0001

ANOVA test

Giá trị trung bình MUAC ở nhóm BMI < 18,5 là 22,7 ± 1,7cm nhỏ hơn đáng kể so với giá trị trung bình của 2 nhóm còn lại là 25,0 ± 1,2cm và 26,3 ± 1,0cm (p < 0,05). Tương tự, ta có thể

thấy với các giá trị trung bình của các chỉ số MAMC, AMA, TFS, chu vi bắp chân cũng cho thấy sự khác biệt rõ ràng giữa 3 nhóm BMI với p < 0,05.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo BMI và PG SGA (n = 131)

	Phân loại theo BMI			p
	BMI < 18,5	18,5 ≤ BMI < 23	BMI ≥ 23	
Phân loại theo PG-SGA				
Bình thường	0 (0%)	36 (27,5%)	13 (9,9%)	0,000
Suy dinh dưỡng	39 (29,8%)	43 (32,8%)	0 (0%)	
Phân loại theo MUAC				
Bình thường	23 (17,6%)	78(59,5%)	13 (9,9%)	0,000
Suy dinh dưỡng	16 (12,2%)	1(0,8%)	0 (0%)	

Kiểm định χ^2 (Chi-square)

Kết quả ở Bảng 4 cho thấy có mối liên quan chặt chẽ, có ý nghĩa thống kê giữa phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI và theo PG-SGA cũng như MUAC ($p < 0,001$). Theo phân loại PG-SGA: Tất cả những người suy dinh dưỡng theo PG-SGA đều rơi vào nhóm BMI < 23, trong đó tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất ở nhóm BMI < 18,5 (29,8%); Trong khi đó, nhóm BMI ≥ 23 không có ai bị suy dinh dưỡng theo PG-SGA. Theo phân loại MUAC: Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo MUAC cũng tập trung chủ yếu ở nhóm BMI < 18,5 (12,2%); Ngược lại, nhóm có MUAC bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm BMI từ 18,5 đến < 23 (59,5%) và BMI ≥ 23 (9,9%). Điều này cho thấy các công cụ đánh giá dinh dưỡng như PG-SGA và MUAC đều có xu hướng đồng nhất với chỉ số BMI, và những người có BMI thấp (< 18,5) có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn rõ rệt.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện K Tân Triều năm 2024 là đáng kể, với 62,6% người bệnh được xác định suy dinh dưỡng theo PG-SGA. Trong đó, suy dinh dưỡng nhẹ và vừa chiếm 37,4%, suy dinh dưỡng nặng chiếm 25,2%. Kết quả này tương

đồng với nghiên cứu của Lai Nam Tài và cộng sự (2022) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật dao động từ 54% đến 86%, với suy dinh dưỡng nặng chiếm từ 21 - 30%.⁷ Điều này tiếp tục khẳng định rằng tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư dạ dày tại Việt Nam là vấn đề phổ biến và nghiêm trọng, cần được chú ý đúng mức trong đánh giá và điều trị trước phẫu thuật.

Việc sử dụng nhiều công cụ đánh giá như BMI, MUAC, PG-SGA và albumin đã cung cấp cái nhìn toàn diện về tình trạng dinh dưỡng. Trong đó, PG-SGA thể hiện độ nhạy cao nhất khi phát hiện đến 62,6% người bệnh suy dinh dưỡng, trong khi chỉ số BMI chỉ phát hiện 29,8%. Sự khác biệt này cũng đã được ghi nhận trong nghiên cứu INSCOC Group (2020), cho thấy BMI có thể đánh giá thấp tình trạng suy dinh dưỡng do không phản ánh chính xác thành phần cơ thể và biến động khối nạc, đặc biệt ở người lớn tuổi.⁵ Điều này cho thấy PG-SGA là một công cụ nên được ưu tiên trong thực hành lâm sàng để sàng lọc suy dinh dưỡng ở người bệnh ung thư. Chỉ số MUAC cũng là một công cụ đơn giản và dễ thực hiện, cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng là 13%. Tuy thấp hơn so với PG-SGA nhưng MUAC lại có độ tương đồng cao với BMI ($p < 0,001$) trong bảng 4. Các chỉ số

nhân trắc khác như MAMC, AMA, TSF và chu vi bắp chân đều giảm đáng kể ở nhóm BMI < 18,5, cho thấy giảm khối lượng cơ và mỡ cơ thể là vấn đề đặc trưng ở người bệnh suy dinh dưỡng. Các kết quả này tương đồng với nhận định của Wang X. và cộng sự (2022), rằng khối lượng cơ bị mất có liên quan mật thiết với nguy cơ biến chứng sau mổ.⁴

Sự liên quan rõ rệt giữa BMI và PG-SGA, MUAC (bảng 4) phản ánh tính nhất quán giữa các chỉ số đánh giá. Nhóm bệnh nhân có BMI $\geq$ 23 hoàn toàn không ghi nhận suy dinh dưỡng theo cả hai thang đo PG-SGA và MUAC, trong khi nhóm BMI < 18,5 chiếm toàn bộ số ca suy dinh dưỡng. Phát hiện này gợi ý rằng chỉ số BMI vẫn có giá trị trong sàng lọc bước đầu, đặc biệt ở những bệnh nhân có chỉ số thấp. Albumin huyết thanh – mặc dù là chỉ số sinh hóa thường được dùng – lại có tỷ lệ giảm khá thấp (11,4%), chủ yếu ở mức nhẹ và vừa, không có trường hợp nào giảm nặng. Điều này phù hợp với thực tế rằng albumin là chỉ số phản ánh chậm và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như viêm, tình trạng gan, hoặc mất protein hơn là phản ánh trực tiếp tình trạng dinh dưỡng cấp tính. Do đó, chỉ số albumin không nên được sử dụng đơn lẻ để chẩn đoán suy dinh dưỡng mà cần kết hợp với các công cụ lâm sàng khác như PG-SGA hay các chỉ số nhân trắc.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật là 26,7%, trong đó nam giới có tỷ lệ thiếu máu cao hơn nữ giới (32,1% so với 18,9%). Kết quả này tương tự với báo cáo của Phạm Văn Dũng và cộng sự tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2023.⁶ Thiếu máu ở người bệnh ung thư dạ dày có thể do nhiều nguyên nhân như mất máu mạn tính, giảm hấp thu sắt, viêm mạn tính hoặc dinh dưỡng kém, và là yếu tố cần được quan tâm trước phẫu thuật vì có thể ảnh hưởng đến khả năng hồi phục và biến chứng sau mổ.¹²

Từ các kết quả trên, có thể thấy rằng việc sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật là rất cần thiết, không chỉ để phân loại nguy cơ mà còn giúp xây dựng chiến lược can thiệp sớm, giảm biến chứng và cải thiện tiên lượng. Hướng dẫn ESPEN 2021 cũng khuyến cáo rằng tất cả người bệnh ung thư tiêu hóa nên được đánh giá tình trạng dinh dưỡng toàn diện, và nếu có nguy cơ suy dinh dưỡng, cần được can thiệp sớm từ trước phẫu thuật.¹³

V. KẾT LUẬN

Tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh trước phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện K Tân Triều vẫn phổ biến và nghiêm trọng, đặc biệt khi đánh giá bằng PG-SGA. Các công cụ như PG-SGA và MUAC có giá trị phối hợp cùng BMI trong sàng lọc dinh dưỡng. Việc đánh giá toàn diện và can thiệp sớm là cần thiết nhằm giảm nguy cơ biến chứng và cải thiện kết cục sau mổ. Cần lồng ghép đánh giá dinh dưỡng thường quy trong thực hành lâm sàng đối với bệnh nhân ung thư dạ dày có chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. IARC, World cancer report: Cancer research for cancer prevention. International Agency for Research on Cancer., Lyon, France, 2020.
2. Kanda M, Mizuno A, Tanaka C et al. Nutritional predictors for postoperative short-term and long term outcomes of patients with gastric cancer. *Medicine (Baltimore)*.2016; 95(24): e3781.
3. Đoàn Duy Tân, Lý Nhã Đàm, Phạm Thị Lan Anh. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước mổ và các yếu tố liên quan đến bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2018. *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2019; 23(2): 157-162.
4. Xinying Wang, Dong Hang, et al. Poor

Pre-operative Nutritional Status Is a Risk Factor of Post-operative Infections in Patients With Gastrointestinal Cancer-A Multicenter Prospective Cohort Study. *Front in Nurt.* 2022; 9(850063): 1-11.

5. The Investigation on the Nutrition Status and Clinical Outcome of Common Cancers (INSCOC) Group, Guo ZQ, Yu JM, et al. Survey and analysis of the nutritional status in hospitalized patients with malignant gastric tumors and its influence on the quality of life. *Support Care Cancer.* 2020; 28(1): 373-380.

6. Phạm Văn Dũng, Phạm Văn Phú và cs. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2023. *Tạp trí Y học Việt Nam.* 2023; 553(2): 257-262.

7. Lai Nam Tài, Trương Thanh An và cs. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 527(1): 124-129.

8. Nguyễn Thị Thanh Hòa và cs. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư tại Bệnh viện K năm 2023. *Tạp chí Y học Cộng đồng Việt Nam.*

2023; 64(10): 144-151.

9. Kubota T, Shoda K, Konishi H, Okamoto K, Otsuji E. Nutrition update in gastric cancer surgery. *Ann Gastroenterol Surg.* 2020;4(4):360-368. Published 2020 Jun 8. doi:10.1002/ags3.12351.

10. World Health Organization, 2024, Haemoglobin cut-offs to define anemia in individuals and populations. <https://www.guidelinecentral.com/guideline/3534081/#section-3534098>

11. Nitichai N, Angkatavanich J, Somlaw N, Voravud N, Lertbutsayanukul C. Validation of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) in Thai Setting and Association with Nutritional Parameters in Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019; 20(4): 1249-1255. Published 2019 Apr 29. doi:10.31557/APJCP.2019.20.4.1249.

12. Jensen GL et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2010; 34(2): 156–159.

13. Cederholm T. et al. ESPEN guidelines on clinical nutrition in cancer. *Clin Nutr.* 2021; 40(5): 2898–2913.

Summary

NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF PATIENTS BEFORE GASTRIC SURGERY AT TAN TRIEU K HOSPITAL IN 2024

Malnutrition is a common issue that significantly affects cancer patients, including those with gastric cancer. This study aimed to describe the nutritional status of patients before gastric cancer surgery at K Tan Trieu Hospital in 2024. A cross-sectional descriptive study was conducted on 131 patients diagnosed with gastric cancer and indicated for surgery. The results showed that the prevalence of preoperative malnutrition according to the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) was 62.6%, of which 25.2% were classified as severe. Based on Body Mass Index (BMI), 29.8% of patients were underweight. According to mid-upper arm circumference (MUAC), 13% of patients were identified as malnourished. Serum albumin was reduced in 11.4% of patients, mainly at mild to moderate levels. The preoperative anemia rate was 26.7%. There was a statistically significant association between BMI and both PG-SGA and MUAC ($p < 0.001$). These findings indicate that malnutrition and anemia remain common in patients undergoing gastric cancer surgery. Comprehensive nutritional assessment and early intervention are essential to improve treatment outcomes and reduce postoperative complications.

Keywords: Nutrition, gastric surgery, PG-SGA, BMI, K Tan Trieu.