

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2024 - 2025

Nguyễn Thùy Linh^{1,2}, Công Thị Ngọc Ánh¹, Nguyễn Thị Minh Tâm²
và Trần Ngọc Dũng^{2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa có chuẩn bị. Trong 98 người bệnh được phẫu thuật (PT) đường tiêu hóa có chuẩn bị, tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) sau PT theo BMI là 11,2% trong đó PT dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất là 27,7%. Tỷ lệ SDD sau PT theo GLIM là 70,4%; nguy cơ SDD ở 2 nhóm PT dạ dày và PT trực tràng/hậu môn diễn ra phổ biến nhất với > 73% trong đó SDD mức độ nặng ở nhóm PT dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,2%. Người bệnh đều có tình trạng giảm cân trong thời gian nằm viện (giảm < 5% cân nặng) chiếm tỷ lệ cao nhất là 75,5%; 18,4% người bệnh có giảm Albumin < 35 g/l, tỷ lệ thiếu máu sau PT là 30,6%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật của người bệnh suy dinh dưỡng dài hơn so với người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường (7 ngày so với 6 ngày ở nhóm không SDD).

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, phẫu thuật tiêu hóa, GLIM, suy dinh dưỡng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật đường tiêu hóa là một trong những phẫu thuật bụng phổ biến, thường có tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cao và có thể kéo dài thời gian nằm viện sau phẫu thuật.¹ Tình trạng dinh dưỡng là một yếu tố quan trọng trong quá trình hồi phục sau phẫu thuật và bệnh tật. Tuy nhiên, ở người bệnh nằm viện, suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến, tỷ lệ này dao động từ 30 - 50%.² Suy dinh dưỡng (SDD) là một trong những bệnh đi kèm chính và là yếu tố dự báo độc lập về tiên lượng kém sau phẫu thuật.³ Đồng thời, phẫu thuật có thể làm trầm trọng thêm tình trạng suy dinh, thông qua các phản ứng viêm dẫn đến tăng hoạt động trao đổi chất, tăng mức tiêu thụ năng lượng, tổn thương chức năng các cơ quan và suy yếu khả năng miễn

dịch.⁴ Ngoài ra, người bệnh trải qua phẫu thuật tiêu hóa còn chịu ảnh hưởng của việc nuôi dưỡng trong thời kỳ trước và sau phẫu thuật.^{5,6}

Ở các nước Châu Á, tỷ lệ SDD mức độ trung bình và nặng của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa lên tới 54%.⁷ Nghiên cứu của Durán Poveda năm 2023 trên 469 người bệnh tại Tây Ban Nha cho kết quả lên tới 34% đối tượng có nguy cơ dinh dưỡng sau hậu phẫu thuật đường tiêu hóa.⁸ Tại Việt Nam, một nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Nguyên (2023) ghi nhận tỷ lệ suy dinh dưỡng

sau phẫu thuật tiêu hóa lên đến 80% theo tiêu chí SGA.⁹ Người bệnh SDD theo ước tính có tỷ lệ biến chứng cao hơn 1,29 lần và nguy cơ tử vong tăng gấp 2,15 lần so với người bệnh có một chế độ dinh dưỡng tối ưu.¹⁰ Nhận thấy tác động của dinh dưỡng trong phẫu thuật, một trong những bước đầu tiên để đánh giá khả năng đáp ứng của một ca phẫu thuật đối với bệnh nhân là sàng lọc và đánh giá dinh dưỡng.

Tác giả liên hệ: Trần Ngọc Dũng

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: tranngocdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 16/10/2025

Ngày được chấp nhận: 24/12/2025

Với mong muốn mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hóa, nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên có chỉ định phẫu thuật đường tiêu hóa có chuẩn bị (dạ dày, ruột non, đại tràng, trực tràng/hậu môn).

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có thai, thờ máy hoặc có bệnh lý phối hợp: suy gan, suy tim mức độ nặng...

- Người bệnh không thu thập được thông tin (câm, điếc...), không đo được các chỉ tiêu nhân trắc (cân nặng, chiều cao).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm

Từ tháng 08/2024 đến tháng 06/2025 tại 02 khoa: Ngoại Hậu môn - Đại trực tràng và Sàn chậu; và khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Lấy tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian tiến hành nghiên cứu. Thực tế thu thập được là 98 người bệnh.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, chẩn đoán, vị trí phẫu thuật, cân nặng trước và sau phẫu thuật.

- Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh:

Hiện nay trên lâm sàng có khá nhiều công

cụ giúp hỗ trợ sàng lọc đánh giá tình trạng dinh dưỡng như BMI, SGA, MNA hay GLIM. BMI là một công cụ sàng lọc ban đầu đơn giản, nhanh chóng, tiện lợi để xác định tình trạng dinh dưỡng chỉ dựa trên 2 chỉ số là cân nặng và chiều cao và là tiền đề cho các công cụ đánh giá chuyên sâu hơn. Tiêu chuẩn GLIM được ra đời năm 2018 sau sự đồng thuận của các tổ chức dinh dưỡng hàng đầu, giúp xác định được nhiều đối tượng SDD hơn và không bỏ sót chẩn đoán ở cả những đối tượng có tình trạng thừa cân béo phì theo BMI. Do đó chúng tôi quyết định sử dụng đồng thời cả BMI và GLIM để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Ngoài ra Albumin huyết thanh cũng là một công cụ được sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, tuy nhiên nó lại bị ảnh hưởng bởi tình trạng viêm, bệnh lý gan, thận, suy tim, thừa/thiếu dịch, bông nặng... do đó nó không phải là một chỉ dấu chính xác để đánh giá tình trạng dinh dưỡng một cách đơn lẻ.

- BMI lấy tại thời điểm 1 ngày trước khi phẫu thuật và khi xuất viện, theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới WHO (2000). Thiếu năng lượng trường diễn khi BMI (kg/m^2) $< 18,5$ kg/m^2 ; bình thường khi BMI: $18,5 - 24,9$; thừa cân khi BMI: $25,0 - 29,9$; béo phì khi BMI ≥ 30 .

- Tiêu chuẩn GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) lấy tại thời điểm 1 ngày trước khi phẫu thuật và khi xuất viện. GLIM dựa trên 5 tiêu chí, gồm 3 tiêu chí thực thể (chỉ số khối cơ thể thấp, giảm cân không chủ đích, giảm khối cơ) và 2 tiêu chí nguyên nhân (giảm khẩu phần ăn, tình trạng bệnh tật và viêm hệ thống). Phân loại suy dinh dưỡng (SDD): Có chẩn đoán SDD khi có ít nhất 1 tiêu chí thực thể và 1 tiêu chí nguyên nhân. Phân loại SDD vừa khi có một tiêu chí thực thể ở mức độ vừa và phân loại SDD nặng khi có một tiêu chí thực thể ở mức độ nặng.¹¹ Albumin (g/l) lấy tại thời điểm ngày thứ nhất sau phẫu thuật:

Bình thường: albumin ≥ 35 ; SDD nhẹ: 28 - < 35; SDD vừa: 21 - 27; SDD nặng: < 21.

Chỉ số Hemoglobin lấy tại thời điểm ngày thứ nhất sau phẫu thuật. Đánh giá thiếu máu theo nồng độ Hemoglobin (g/l): nam giới: hemoglobin < 130 g/l; nữ giới: < 120 g/l.

Sai số và không chế sai số

- Sai số lựa chọn: Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu, không trả lời. Khắc phục bằng cách trình bày rõ ràng ý nghĩa và mục đích nghiên cứu và tránh phỏng vấn lúc đối tượng đang mệt mỏi.

- Sai số từ tiếp cận kỹ thuật/công cụ thông tin tới đối tượng. Khắc phục bằng cách thiết kế bộ câu hỏi rõ ràng, ngôn từ dễ hiểu, tiến hành thử nghiệm bộ công cụ GLIM trước khi đưa vào sử dụng rộng rãi để đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên toàn bộ nhóm đối tượng.

Xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả tính tần số, tỷ lệ %. Sử dụng kiểm định Khi bình phương và Fisher's Exact Test để so sánh các tỷ lệ phần trăm giữa các nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng thẩm định Đề cương Thạc sĩ, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 128/QĐ-ĐHYHN ngày 17 tháng 01 năm 2025 và sự đồng ý của Ban giám đốc, Lãnh đạo Khoa Ngoại Hậu môn - Đại trực tràng và Sàn chậu và Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Người bệnh tham gia một cách hoàn toàn tự nguyện, được bảo mật thông tin, có quyền từ chối và rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 98 người bệnh, trong đó nam giới là 59 người (60,2%) và nữ giới là 39 người (39,8%). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là $60,4 \pm 12,9$ tuổi. Trong nghiên cứu, số lượng người bệnh phẫu thuật đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,9%. Phẫu thuật dạ dày, trực tràng/hậu môn chiếm lần lượt là 23,5% và 19,4%. Tỷ lệ thấp nhất là phẫu thuật tại ruột non chiếm 12,2%. Tất cả các người bệnh đều có tình trạng giảm cân trong thời gian nằm viện, giảm < 5% cân nặng chiếm tỷ lệ cao nhất là 75,5%.

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước và sau phẫu thuật tiêu hóa

Tình trạng dinh dưỡng	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	n	%	n	%
BMI				
SDD độ 3	0	0	1	1
SDD độ 2	1	1	2	2
SDD độ 1	4	4,1	8	8,2
Không SDD	92	94,9	87	88,8
Tiêu chuẩn GLIM				
Không SDD	52	53,1	29	29,6
SDD mức độ vừa	33	33,7	29	29,6
SDD mức độ nặng	13	13,2	40	40,8

Tình trạng suy dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật đường tiêu hoá 5,1% tăng lên sau phẫu thuật 11,2%. Tình trạng suy dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật đường tiêu hoá theo tiêu chuẩn GLIM 2018 chiếm tỷ lệ

khá cao là 46,9%, trong đó SDD mức độ vừa chiếm 33,7% và SDD mức độ nặng là 13,2%. Sau phẫu thuật, tỷ lệ SDD tăng lên đến 70,4% (29,6% SDD mức độ vừa và 40,8% SDD mức độ nặng).

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật theo vị trí phẫu thuật

BMI							
Vị trí phẫu thuật	SDD		Không SDD		p*		
	n	%	n	%			
Dạ dày	5	21,7	18	78,3	0,164		
Ruột non	0	0	12	100			
Đại tràng	3	6,8	41	93,2			
Trực tràng/Hậu môn	3	15,8	16	84,2			
Tổng							
Tiêu chuẩn GLIM							
Vị trí phẫu thuật	Không SDD		SDD mức vừa		SDD mức nặng		p*
	n	%	n	%	n	%	
Dạ dày	6	26,1	5	21,7	12	52,2	0,543
Ruột non	6	50	3	25,0	3	25	
Đại tràng	12	27,3	13	29,5	19	43,2	
Trực tràng/Hậu môn	5	26,3	8	42,1	6	31,6	

* Fisher's Exact Test

Theo BMI, người bệnh suy dinh dưỡng sau PT dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất là 21,7% , PT trực tràng/hậu môn là 15,8%, PT đại tràng là 6,8% và PT ruột non là 0% ($p > 0,05$).

Theo tiêu chuẩn GLIM, nguy cơ SDD ở

người bệnh PT dạ dày và PT trực tràng/hậu môn diễn ra phổ biến nhất với hơn 73% trong đó SDD mức độ nặng ở nhóm PT dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,2%. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật theo chỉ số cận lâm sàng

Sinh hóa	Số lượng (n = 98)	Tỷ lệ (%)
Albumin huyết thanh		
Albumin ≥ 35 g/l	80	81,6
Albumin < 35 g/l	18	18,4

Sinh hóa	Số lượng (n = 98)	Tỷ lệ (%)
Hemoglobin		
Không thiếu máu	68	69,4
Thiếu máu	30	30,6

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD theo Albumin là 18,4% và tỷ lệ thiếu máu sau phẫu thuật là 30,6%.

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật và thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Tình trạng dinh dưỡng	Thời gian nằm viện (ngày)		p*
	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	Min - Max	
BMI			
BMI < 18,5	7 (4,5 - 8,5)	4 - 10	0,96
18,5 ≤ BMI < 25	6 (5 - 7)	3 - 11	
BMI ≥ 25	6 (6 - 7)	4 - 8	
Tiêu chuẩn GLIM			
Không SDD	6 (5 - 7)	3 - 11	0,48
SDD mức độ vừa	6 (6 - 7)	3 - 11	
SDD mức độ nặng	7 (6 - 7,5)	4 - 10	

* *Kruskal-wallis H*

Sau PT tiêu hóa, người bệnh suy dinh dưỡng có thời gian nằm viện lâu nhất 7 ngày so với 6 ngày ở nhóm không SDD. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với các nhóm khác.

Theo tiêu chuẩn GLIM, người bệnh SDD nặng có số ngày nằm viện sau PT lâu nhất. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 98 đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nam giới (60,2%) với độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $60,4 \pm 12,9$ tương tự so với nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật đường tiêu hoá tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội của Nguyễn

Thùy Linh năm 2021 - 2022 với độ tuổi trung bình là $60,9 \pm 11,1$ tuổi.¹² Số người bệnh PT đại tràng trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,9%, PT dạ dày, trực tràng/hậu môn lần lượt là 23,5% và 19,4%, chỉ có 12,2% người bệnh PT ruột non. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Bùi Thị Duyên (2020).¹³

Tất cả đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) đều có tình trạng giảm cân trong thời gian nằm viện, 75% người bệnh có giảm < 5% cân nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu năm 2016 thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai ghi nhận tình trạng giảm cân trong quá trình nằm viện là $2 \pm 1,6$ kg.¹⁴ Từ kết quả này cho thấy tình trạng dinh dưỡng của người bệnh thường có xu hướng xấu đi sau khi trải

qua phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật đường tiêu hoá. Sự suy giảm này có thể xuất phát từ nhiều yếu tố như: sau phẫu thuật người bệnh phải nhịn ăn kéo dài, giảm lượng năng lượng nạp vào, căng thẳng phẫu thuật, hoặc bệnh lý nền sẵn có. Do đó, việc chăm sóc và can thiệp dinh dưỡng sớm (cả trước và sau phẫu thuật) là yếu tố then chốt giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

Người bệnh trong nghiên cứu có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh trước và sau phẫu thuật đường tiêu hoá giữa tiêu chuẩn GLIM và BMI. Cụ thể, trước phẫu thuật đường tiêu hoá tỷ lệ suy dinh dưỡng là 5,1% theo BMI và 46,9% theo GLIM; sau phẫu thuật tỷ lệ này là 11,2% theo BMI và 70,4% theo GLIM, có thể thấy tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán suy dinh dưỡng theo GLIM cao hơn rất nhiều so với BMI. Điều này có thể được giải thích do BMI đánh giá tình trạng dinh dưỡng tại thời điểm khảo sát dựa trên cân nặng và chiều cao của ĐTNC và không phản ánh được những yếu tố khác như: bệnh lý, thay đổi cân nặng... Bên cạnh đó, tiêu chuẩn GLIM có thể chẩn đoán sớm tình trạng SDD dựa trên các tiêu chí kiểu hình và nguyên nhân. Ngoài ra một ưu điểm khác của GLIM chính là tiên lượng khả năng xảy ra kết cục bất lợi sau phẫu thuật.¹⁵

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng hai thời điểm trước phẫu thuật 1 ngày và xuất viện làm hai thời điểm duy nhất để đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI và GLIM, trong khi đó thời gian nằm viện là không đồng nhất ở tất cả các đối tượng, đây là một hạn chế của nghiên cứu. Tuy nhiên do nguồn lực có hạn, việc thu thập dữ liệu khi người bệnh đã xuất viện là không khả thi, cũng như mục tiêu chính của nghiên cứu là mô tả tình trạng dinh dưỡng, giá trị của dữ liệu thu được nằm ở việc đánh giá ban đầu về gánh nặng suy dinh dưỡng tại Bệnh viện ở hai mốc thời gian quan trọng nhất là thời điểm nhập viện và xuất viện, do đó chúng tôi

quyết định chọn hai mốc thời gian này để đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo vị trí phẫu thuật, người suy dinh dưỡng sau PT dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất là 27,7%, tiếp đến là PT trực tràng/hậu môn là 15,8% theo BMI ($p > 0,05$). Theo tiêu chuẩn GLIM, nguy cơ SDD ở 2 nhóm PT dạ dày và PT trực tràng/hậu môn diễn ra phổ biến nhất với hơn 73% trong đó SDD mức độ nặng ở nhóm PT dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,2%. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tình trạng SDD phổ biến ở người bệnh sau PT dạ dày có thể giải do hầu hết bệnh nhân trước phẫu thuật dạ dày có triệu chứng rối loạn tiêu hóa kèm theo thay đổi chế độ ăn uống không đủ năng lượng, chủ yếu ăn các thức ăn mềm như cháo, mì, sữa. Ngoài ra, các yếu tố tâm lý liên quan đến bệnh lý và thói quen ăn uống cũng làm tăng tình trạng sụt cân. Trong 98 ĐTNC, có 18,4% người bệnh có tình trạng Albumin < 35 g/l. Kết quả này của chúng tôi gần tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Cáp Minh Đức (2023) trên người bệnh phẫu thuật đường tiêu hoá tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng với tỷ lệ tỷ lệ suy dinh dưỡng theo albumin (Albumin < 35 g/l) là 20%.¹⁶ Tình trạng thiếu máu là một vấn đề phổ biến ở người bệnh phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật đường tiêu hoá. Thiếu máu làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong sau phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ người bệnh sau phẫu thuật tiêu hoá có tình trạng thiếu máu theo chỉ số Hemoglobin là 30,6%, gần tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hương Len (2018) tại Khoa Ngoại - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với tỷ lệ thiếu máu là 31,2%.¹⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 11 ngày. Sau PT tiêu hóa, người bệnh thiếu năng lượng trường diễn có thời gian nằm viện lâu nhất 7 ngày so với 6 ngày ở nhóm không SDD. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

so với các nhóm khác. Người bệnh SDD nặng có số ngày nằm viện sau PT lâu nhất theo tiêu chuẩn GLIM. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Một số nghiên cứu trong nước, thực hiện tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (2016) và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ (2024) cũng kết luận thời gian nằm viện sau phẫu thuật của người bệnh suy dinh dưỡng dài hơn so với người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường ($p = 0,001$).^{18,19} Mặc dù, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa về mặt thống kê nhưng nó tương đồng với kết quả của các tác giả trong nước và quốc tế đã được thực hiện trước đó, cho thấy một xu hướng nhất quán về mặt lâm sàng rằng suy dinh dưỡng khi nhập viện là một trong những yếu tố nguy cơ độc lập làm gia tăng thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh tăng lên sau phẫu thuật, từ 46,9% lên 70,4% sau phẫu thuật đánh giá theo tiêu chuẩn GLIM 2018. 18,4% người bệnh có tình trạng giảm Albumin < 35 g/l, tỷ lệ thiếu máu khá cao chiếm 30,6%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật của người bệnh suy dinh dưỡng dài hơn so với người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường (7 ngày so với 6 ngày ở nhóm không SDD). Do đó, việc chăm sóc, đánh giá và can thiệp dinh dưỡng sớm (cả trước và sau phẫu thuật) là yếu tố then chốt và cần được quan tâm để cải thiện tình trạng dinh dưỡng nhằm hạn chế tỷ lệ biến chứng do suy dinh dưỡng gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ni X, Jia D, Guo Y, Sun X, Suo J. The efficacy and safety of enhanced recovery after surgery (ERAS) program in laparoscopic digestive system surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*. 2019; 69: 108-115.

doi:10.1016/j.ijssu.2019.07.034.

2. Jabłońska B, Lampe P, Mrowiec S. The influence of nutritional status on the incidence of postoperative complications in patients following distal pancreatectomy. *Prz Gastroenterol*. 2020; 15(1): 65-75. doi:10.5114/pg.2019.86806.

3. Carli F, Gillis C. Surgical patients and the risk of malnutrition: preoperative screening requires assessment and optimization. *Can J Anesth/J Can Anesth*. 2021; 68(5): 606-610. doi:10.1007/s12630-021-01932-4.

4. Gazouli A, Georgiou K, Fountzas M, et al. Perioperative nutritional assessment and management of patients undergoing gastrointestinal surgery. *Ann Gastroenterol*. 2024; 37(2): 142-154. doi:10.20524/aog.2024.0867.

5. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clinical Nutrition*. 2017; 36(4): 958-967. doi:10.1016/j.clnu.2016.06.025.

6. Guenter P, Jensen G, Patel V, et al. Addressing Disease-Related Malnutrition in Hospitalized Patients: A Call for a National Goal. *JCJQPS*. 2015; 41(10): 469-473. doi:10.1016/S1553-7250(15)41061-X.

7. Seo JM, Joshi R, Chaudhary A, et al. A multinational observational study of clinical nutrition practice in patients undergoing major gastrointestinal surgery: The Nutrition Insights Day. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2021; 41: 254-260. doi:10.1016/j.clnesp.2020.11.029.

8. Durán Poveda M, Suárez-de-la-Rica A, Cancer Minchot E, Ocón Bretón J, Sánchez Pernaute A, Rodríguez Caravaca G. The Prevalence and Impact of Nutritional Risk and Malnutrition in Gastrointestinal Surgical Oncology Patients: A Prospective, Observational, Multicenter, and Exploratory Study. *Nutrients*. 2023; 15(14): 3283. doi:10.3390/nu15143283.

9. Nguyễn Thị Hồng Nguyên, Trần Trúc Linh, Phan Ngọc Thủy, Nguyễn Thị Mai Duyên, Võ Hồ Khánh Uyên. 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: 286-300.
10. Skeie E, Tangvik RJ, Nymo LS, Harthug S, Lassen K, Viste A. Weight loss and BMI criteria in GLIM's definition of malnutrition is associated with postoperative complications following abdominal resections - Results from a National Quality Registry. *Clin Nutr*. 2020; 39(5): 1593-1599. doi:10.1016/j.clnu.2019.07.003.
11. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019; 38(1): 1-9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002.
12. Linh Thuy Nguyen, An Tuong Bui, Anh Le Thi Ngoc, Nga Thanh Ta, Dung Duc Le, Tu Huu Nguyen. Nutritional status and associated factors of gastrointestinal surgical patients at Hanoi Medical University Hospital between 2021 and 2022. *Asian Journal of Dietetics*. 2023; 5(1): 23-29.
13. Phạm Văn Dũng, Phạm Văn Phú, Trần Hiếu Học, Bùi Thị Thảo Yến, Nguyễn Vũ Quang, Đào Thu Thủy. Tình trạng dinh dưỡng người bệnh phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 533(2): 257-262. doi:10.51298/vmj.v533i2.7967.
14. Young LS, Huong PTT, Lam NT, et al. Nutritional status and feeding practices in gastrointestinal surgery patients at Bach Mai Hospital, Hanoi, Vietnam. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2016; 25(3): 513-520.
15. Poulter S, Steer B, Baguley B, Edbrooke L, Kiss N. Comparison of the GLIM, ESPEN and ICD-10 Criteria to Diagnose Malnutrition and Predict 30-Day Outcomes: An Observational Study in an Oncology Population. *Nutrients*. 2021; 13(8): 2602. doi:10.3390/nu13082602.
16. Cáp Minh Đức, Nguyễn Bá Phước, Phạm Thị Hương Len. 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. doi:10.56283/1859-0381/421.
17. Phạm Thị Hương Len, Nguyễn Lê Tuấn Anh, Nguyễn Thuỳ Linh, Lê Thị Hương. Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại Khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 - 2017. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2018; 14(4): 86-93.
18. La Văn Phú, Nguyễn Thị Nga, Nguyễn Văn Non. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật theo BMI và SGA tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 538(1): 197-201.
19. Đoàn Duy Tân, Kim Xuân Loan, Nguyễn Hoàng Văn. 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 Thành phố Hồ Chí Minh*. 2016; Phụ bản tập 21(1): 252-256.

Summary

NUTRITION STATUS IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2024 - 2025

A cross-sectional descriptive study was conducted to assess the nutritional status of patients undergoing elective gastrointestinal (GI) surgery. Among 98 postoperative patients, the prevalence of malnutrition based on BMI was 11.2%, with the gastric surgery group showing the highest rate (27.7%). According to the GLIM criteria, 70.4% of patients were malnourished, and the risk of malnutrition was most frequent in the gastric and rectal/anal surgery groups (> 73%), with severe malnutrition being most common in gastric surgery (52.2%). However, the differences were not statistically significant ($p > 0.05$). Most patients experienced in-hospital weight loss (< 5% of body weight, 75.5%), 18.4% had serum albumin < 35 g/L, and 30.6% developed postoperative anemia levels. Malnourished patients had a longer postoperative hospital stay compared with those of normal nutritional status (7 days vs 6 days in the non-malnourished group).

Keywords: Nutritional status, gastrointestinal surgery, GLIM, malnutrition.