

# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG NĂM 2024 - 2025

Trần Thị Lệ Thu<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Liên Hà<sup>1,2</sup>, Nguyễn Minh Trọng<sup>1</sup>  
Nguyễn Đắc Danh<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Tuyền<sup>1</sup> và Nguyễn Thị Hương Lan<sup>2,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 85 người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương năm 2024 - 2025 nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước và sau phẫu thuật cắt gan. Kết quả cho thấy: Tình trạng dinh dưỡng theo BMI, tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn trước và sau phẫu thuật lần lượt là 14,1% và 23,5%. Đánh giá bằng công cụ PG-SGA, tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng (SDD) trước phẫu thuật là 63,5% và sau phẫu thuật là 89,4%; trong đó tỷ lệ SDD nặng (PG-SGA C) tăng từ 12,9% lên 24,7% ( $p < 0,001$ ). Sau phẫu thuật 7 ngày, 97,7% người bệnh có sụt cân so với trước phẫu thuật. Cân nặng trung bình giảm từ  $57,7 \pm 7,6$  kg xuống  $53,9 \pm 7,2$  kg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Kết luận: SDD ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan phẫu thuật phổ biến và nặng hơn sau phẫu thuật. Cần đánh giá dinh dưỡng toàn diện và can thiệp sớm để nâng cao chất lượng điều trị.

**Từ khóa:** Tình trạng dinh dưỡng, phẫu thuật cắt gan, ung thư biểu mô tế bào gan, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là một trong những loại ung thư phổ biến nhất tại Việt Nam, đứng thứ hai về tỷ lệ mắc mới và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư.<sup>1</sup> Điều trị ung thư biểu mô tế bào gan hiện nay đòi hỏi phối hợp đa mô thức, trong đó phẫu thuật cắt gan vẫn giữ vai trò quan trọng.

Suy dinh dưỡng (SDD) là tình trạng thường gặp ở người bệnh ung thư, đặc biệt phổ biến ở người bệnh HCC do nền bệnh gan mạn tính, rối loạn chuyển hóa và ảnh hưởng của khối u. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Thị Kiều Chinh (2019) ghi nhận có tới 77,9% người bệnh HCC bị SDD.<sup>2</sup> Trên thế giới, nghiên cứu

của Tan Shengqiang và cộng sự (2024) cũng cho thấy tỷ lệ SDD ở người bệnh HCC lên tới 54,6%.<sup>3</sup>

SDD đã được chứng minh làm tăng nguy cơ biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, làm suy giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỷ lệ tử vong của người bệnh HCC phẫu thuật.<sup>4-6</sup> Do đó, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước và sau phẫu thuật là rất cần thiết nhằm triển khai kịp thời các biện pháp can thiệp dinh dưỡng, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh HCC phẫu thuật cắt gan tại Việt Nam hiện còn rất hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của người bệnh HCC tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương năm 2024 - 2025.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hương Lan

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: huonglandd@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 02/02/2026

Ngày được chấp nhận: 23/02/2026

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Người bệnh HCC có chỉ định phẫu thuật cắt gan.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Người bệnh từ 20 tuổi trở lên.
- Được chẩn đoán HCC có chỉ định phẫu thuật cắt gan.
- Người bệnh có thời gian nằm viện tối thiểu 7 ngày.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Người bệnh có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.
- Người bệnh có các bệnh lý kèm theo: suy thận, suy tim nặng...
- Người bệnh bị các khiếm khuyết ảnh hưởng đến nhân trắc: gù vẹo cột sống, không đứng được.
- Người bệnh bị tâm thần, rối loạn trí nhớ, không đủ khả năng hiểu, nghe, trả lời; có thái độ không hợp tác và không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả cắt ngang.

#### **Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm phẫu thuật Gan mật và Tiêu hóa, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 10/2025.

#### **Cỡ mẫu**

Cỡ mẫu: sử dụng công thức cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

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

$p = 0,556$  (tỷ lệ SDD của người bệnh ung thư có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng năm 2022).<sup>7</sup>

$\epsilon = 0,2$  (sai số tương đối của nghiên cứu).

Thay vào công thức, cỡ mẫu tính được là  $n = 76$ . Dự phòng 10% tỷ lệ bỏ cuộc, cỡ mẫu tối thiểu là 85 người bệnh.

**Chọn mẫu:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, người bệnh đủ điều kiện tham gia nghiên cứu đến khi đủ cỡ mẫu.

#### **Quy trình nghiên cứu**

- Bước 1: Trước phẫu thuật 24h, người bệnh được cân, đo các chỉ số nhân trắc, đánh giá PG-SGA, phỏng vấn người bệnh, thảo luận với bác sỹ điều trị chỉ định các chỉ số xét nghiệm liên quan đến tình trạng dinh dưỡng và ghi nhận các chỉ số xét nghiệm trước phẫu thuật từ hồ sơ bệnh án.

- Bước 2: Vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật, người bệnh được cân lại, đánh giá lại PG-SGA, ghi nhận các chỉ số xét nghiệm sau phẫu thuật từ hồ sơ bệnh án.

#### **Biến số, chỉ số nghiên cứu**

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính (nam, nữ), nơi ở, loại phẫu thuật cắt gan (cắt gan lớn, cắt gan nhỏ).

- Các biến số đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh: chỉ số khối cơ thể (BMI); bộ công cụ PG-SGA và albumin huyết thanh.

- Biến số đánh giá tình trạng thiếu máu của người bệnh: hemoglobin máu.

#### **Một số tiêu chuẩn đánh giá**

- Chỉ số khối cơ thể (BMI -Body Mass Index): BMI được nhận định theo phân loại WHO cho người trưởng thành như sau:  $\geq 25$ : thừa cân/béo phì; 18,5 - 24,99: bình thường;  $< 18,5$ :

thiếu năng lượng trường diễn.

- Phương pháp đánh giá dinh dưỡng PG-SGA (Patient Generated Subjective Global Assessment): PG-SGA cũng cung cấp việc đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng của người bệnh theo điểm và theo 3 mức độ: PG-SGA A (dinh dưỡng tốt); PG-SGA B (suy dinh dưỡng nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ suy dinh dưỡng); PG-SGA C (suy dinh dưỡng nặng).

- Phương pháp đánh giá bằng chỉ tiêu sinh hoá: Albumin huyết thanh:  $\geq 35$  g/l: bình thường;  $< 35$  g/L suy dinh dưỡng.

- Đánh giá tình trạng thiếu máu theo Hemoglobin: thiếu máu khi hemoglobin  $< 130$ g/l đối với nam và  $< 120$  g/l đối với nữ.

### **Công cụ thu thập số liệu**

Số liệu được thu thập theo bộ câu hỏi nghiên cứu. Phỏng vấn người bệnh, đo nhân trắc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng được thực hiện trực tiếp bởi Dinh dưỡng viên đã được tập huấn thống nhất quy trình. Chiều cao được đo bằng thước chia đến milimét, cân nặng đo bằng cân điện tử Tanita. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng được thực hiện bằng công cụ PG-SGA (đánh giá chủ quan tổng thể được thực hiện trên tất cả các khía cạnh bao gồm: giảm cân, khẩu phần ăn, triệu chứng đường tiêu hóa, giảm các hoạt động và chức năng, tăng nhu cầu trao đổi chất (sốt, sử dụng corticoid) và khám thực thể: đánh giá teo cơ, mất lớp mỡ dưới da và phù, cổ chướng) và thu thập các chỉ số cận lâm sàng (albumin, hemoglobin) trong hồ sơ bệnh án.

### **Phân tích số liệu**

Toàn bộ số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn đối với biến định lượng và tỷ lệ (%) đối với biến định tính. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-square khi tần số mong đợi  $\geq 5$  và Fisher's exact test khi tần số mong đợi  $< 5$ . So sánh các biến định tính trước và sau phẫu thuật bằng kiểm định McNemar đối với biến nhị phân và kiểm định Stuart-Maxwell đối với biến danh mục nhiều mức. Phân bố chuẩn của các biến định lượng được kiểm tra bằng kiểm định Skewness/Kurtosis. So sánh giá trị trung bình trước và sau phẫu thuật bằng Paired sample t-test hoặc Wilcoxon signed-rank test khi số liệu không phân bố chuẩn. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi  $p < 0,05$ .

### **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 sự đồng ý của Lãnh đạo Trung tâm phẫu thuật Gan mật và Tiêu hóa, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Người bệnh tham gia nghiên cứu trên cơ sở tự nguyện; được giải thích đầy đủ về mục tiêu và nội dung nghiên cứu; có quyền dừng tham gia bất cứ lúc nào. Tất cả các thông tin cá nhân, câu trả lời của đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ bí mật không sử dụng mục đích nào khác ngoài mục tiêu nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

	Thông tin chung	Tần số (n)	Tỷ lệ %
<b>Tuổi</b>	18 - 39	13	15,3
	40 - 59	37	43,5
	≥ 60	35	41,2
	Trung bình ( ± SD)	54,7 ± 11,6	
<b>Giới tính</b>	Nam	76	89,4
	Nữ	9	10,6
<b>Chỗ ở hiện tại</b>	Nông thôn	53	62,4
	Thành phố/thị xã/thị trấn	32	37,6
<b>Loại phẫu thuật gan</b>	Cắt gan lớn	31	36,5
	Cắt gan nhỏ	54	63,5

Nghiên cứu được tiến hành trên 85 người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan có chỉ định phẫu thuật cắt gan. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,7 ± 11,6, trong đó nhóm tuổi

từ 40 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất (43,5%). Nam giới chiếm đa số với 89,4%. Phần lớn người bệnh ở khu vực nông thôn (62,4%). Có 63,5% người bệnh cắt gan nhỏ và 36,5% cắt gan lớn.

**Bảng 2. Tình trạng giảm cân của đối tượng nghiên cứu**

Tình trạng giảm cân	Trước phẫu thuật n (%)	Sau phẫu thuật n (%)	p*
Không thay đổi, tăng cân	13 (15,3)	2 (2,3)	< 0,001
Giảm < 5% cân nặng	63 (74,1)	19 (22,4)	
Giảm ≥ 5% cân nặng	9 (10,6)	64 (75,3)	
Tổng	85 (100)	85 (100)	

\* *Stuart - Maxwell test*

Trước phẫu thuật 1 tháng, giảm cân của người bệnh chủ yếu ở mức < 5% cân nặng chiếm 74,1%, trong khi tỷ lệ người bệnh giảm ≥ 5% cân nặng là 10,6%. Sau phẫu thuật: 97,7%

người bệnh có giảm cân, trong đó tỷ lệ giảm ≥ 5% cân nặng tăng lên 75,3%. Khác biệt về tỷ lệ giảm cân trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3. Một số chỉ số nhân trắc, hóa sinh trước và sau phẫu thuật**

Các chỉ số	Trước phẫu thuật (n = 85)		Sau phẫu thuật (n = 85)		p
	$\bar{X} \pm SD$	Min- Max	$\bar{X} \pm SD$	Min- Max	
Cân nặng (kg)	57,7 ± 7,6	44,2 - 78,0	53,9 ± 7,2	38,1 - 72,2	< 0,001*
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21,3 ± 2,4	15,8 - 27,6	19,9 ± 2,3	14,8 - 25,5	< 0,001*
Albumin (g/L)	38,7 ± 5,2	28,0 - 49,0	31,2 ± 4,2	21,0 - 41,0	< 0,001**
Hemoglobin (g/L)	141,3 ± 16,2	89,0 - 173,0	123,8 ± 17,0	82,0 - 164,0	< 0,001*

\* Paired - Sample T test

\*\* Wilcoxon Signed - Rank test

Cân nặng trung bình và chỉ số BMI trước phẫu thuật đều cao hơn so với sau phẫu thuật. Cân nặng trung bình của người bệnh trước phẫu thuật và sau phẫu thuật tương ứng là 57,7 kg và 53,9 kg. BMI trung bình của người bệnh sau phẫu thuật cũng giảm đi so với trước

phẫu thuật, lần lượt là 21,3 kg/m<sup>2</sup> và 19,9 kg/m<sup>2</sup>. Albumin và hemoglobin máu trước phẫu thuật (38,7 g/L và 141,3 g/L) cao hơn sau phẫu thuật (31,2 g/L và 123,8 g/L). Sự khác biệt trung bình của các chỉ số trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**Bảng 4. Tình trạng SDD theo PG-SGA và BMI, Albumin, Hemoglobin trước và sau phẫu thuật**

Tình trạng dinh dưỡng	Trước phẫu thuật n (%)	Sau phẫu thuật n (%)	p
PG-SGA	PG-SGAA	31 (36,5)	9 (10,6)
	PG-SGAB	43 (50,6)	55 (64,7)
	PG-SGAC	11 (12,9)	21 (24,7)
BMI	BMI ≥ 25	(7,1)	5 (5,9)
	18,5 ≤ BMI < 25	67 (78,8)	60 (70,6)
	< 18,5	12 (14,1)	20 (23,5)
Albumin	Không SDD	65 (76,5)	15 (17,6)
	SDD	20 (23,5)	70 (82,4)
Hemoglobin	Không thiếu máu	70 (82,4)	36 (42,4)
	Thiếu máu	15 (17,6)	49 (57,6)

\* Stuart - Maxwell test

\*\* McNemar test

Sau phẫu thuật, tình trạng SDD người bệnh tăng rõ rệt so với trước phẫu thuật. Theo PG-SGA, tỷ lệ người bệnh PG-SGA B trước phẫu thuật tăng từ 50,6% trước phẫu thuật tăng lên 64,7% sau phẫu thuật; đồng thời SDD mức độ nặng (PG-SGA C) tăng từ 12,9% lên 24,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Theo BMI, tỷ lệ CED của người sau phẫu thuật

cao hơn trước phẫu thuật (23,5% so với 14,1%). Đánh giá theo Albumin cho thấy tỷ lệ SDD tăng, từ 23,5% trước phẫu thuật tăng lên 82,4% sau phẫu thuật, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ người bệnh thiếu máu theo chỉ số Hemoglobin cao hơn so với trước phẫu thuật (57,6% và 17,6%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 5. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo Albumin, loại phẫu thuật cắt gan trước và sau phẫu thuật**

Tình trạng dinh dưỡng	Cắt gan lớn n (%)	Cắt gan nhỏ n (%)	Chung n (%)	p*
<b>Trước phẫu thuật</b>				
SDD	8 (25,8)	12 (22,2)	20 (23,5)	0,708
Không SDD	23 (74,2)	42 (77,8)	65 (76,5)	
<b>Sau phẫu thuật</b>				
SDD	26 (83,9)	44 (81,5)	70 (82,4)	0,78
Không SDD	5 (16,1)	10 (18,5)	15 (17,6)	

\* *Chi-squared test*

Trước phẫu thuật, tỷ lệ SDD theo nồng độ Albumin ở nhóm cắt gan lớn cao là 25,8% cao hơn nhóm cắt gan nhỏ 22,2%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Sau phẫu thuật, tỷ lệ này tiếp tục cao hơn ở nhóm cắt gan lớn so với cắt gan nhỏ (83,9% so với 81,5%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Giảm cân không mong muốn là một biểu hiện thường gặp ở người bệnh ung thư và được xem là dấu hiệu quan trọng phản ánh tình trạng SDD, đặc biệt ở người bệnh HCC do tác động đồng thời của rối loạn chuyển hóa liên quan đến khối u và sự suy giảm chức năng gan nền. Giảm cân và suy dinh dưỡng ở người bệnh HCC có liên quan chặt chẽ đến tăng biến chứng sau phẫu thuật cắt gan, kéo dài thời gian

nằm viện và tiên lượng sống còn kém, do đó việc đánh giá và can thiệp dinh dưỡng sớm là cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 84,7% người bệnh ghi nhận tình trạng giảm cân trong vòng một tháng trước phẫu thuật, trong đó 10,6% giảm  $\geq 5\%$  cân nặng. Tỷ lệ này tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung (2021) trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa (80,7%), nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Phương (2025) trên nhóm người bệnh ung thư buồng trứng (54,5%) và Nguyễn Thùy Linh (2019) trên người bệnh ung thư nói chung có điều trị hóa chất (41,1%).<sup>9-10</sup> Sự khác biệt này có thể là do đặc điểm đối tượng khác nhau, ở người bệnh ung thư tiêu hóa có nguy cơ giảm cân cao hơn vì bệnh ảnh hưởng trực tiếp đến ăn uống, tiêu hóa và hấp thu dinh dưỡng. Sau phẫu thuật một tuần, 97,7% người

bệnh có giảm cân, trong đó 75,3% giảm  $\geq 5\%$  cân nặng; cân nặng trung bình giảm từ  $57,7 \pm 7,6$  kg xuống  $53,9 \pm 7,2$  kg. Tình trạng sụt cân hậu phẫu là hậu quả của nhiều yếu tố phối hợp như mất máu, mất dịch, stress phẫu thuật làm tăng dị hóa, giảm lượng ăn vào và tăng nhu cầu chuyển hóa. Việc sụt cân tiếp diễn sau phẫu thuật trên nền sụt cân trước phẫu thuật càng làm chậm quá trình hồi phục của người bệnh.

BMI là chỉ số đơn giản, dễ áp dụng giúp đánh giá nhanh tình trạng dinh dưỡng tại thời điểm nhập viện, tuy nhiên có độ nhạy hạn chế, không phản ánh được thay đổi ngắn hạn cũng như sự mất khối cơ - tình trạng thường gặp sớm ở người bệnh ung thư. Do đó, BMI không nên được sử dụng đơn độc để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Trong nghiên cứu, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (CED) theo BMI trước phẫu thuật là 14,1%, tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Diệu Thu (2025) trên người bệnh ung thư thực quản (16,6%), nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Trang (2024) trên ung thư đại trực tràng (24,4%) và Phạm Văn Dũng (2023) trên ung thư dạ dày (21,5%).<sup>11-13</sup> Sự chênh lệch giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến sự khác nhau về cỡ mẫu, đối tượng nghiên cứu và giai đoạn bệnh. Sau phẫu thuật, BMI trung bình giảm từ  $21,3 \pm 2,4$  kg/m<sup>2</sup> xuống  $19,9 \pm 2,3$  kg/m<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ), kéo theo tỷ lệ CED tăng từ 14,1% lên 23,5%. Kết quả này phù hợp với xu hướng chung được ghi nhận trong các nghiên cứu khác, cho thấy tỷ lệ CED sau phẫu thuật tăng so với trước phẫu thuật, như nghiên cứu của Phạm Văn Dũng (2023) ghi nhận tỷ lệ CED sau phẫu thuật là 29,8% và Chu Thị Trang (2023) là 37,2%.<sup>12,13</sup> Như vậy, phẫu thuật ung thư làm gia tăng rõ rệt nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh.

PG-SGA là công cụ đánh giá dinh dưỡng toàn diện, bao gồm tiền sử sụt cân, mức độ giảm ăn, các triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống và thăm khám lâm sàng. Nhờ đó, PG-SGA

có khả năng phát hiện sớm nguy cơ SDD, ngay cả khi cân nặng chưa thay đổi rõ rệt. Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 63,5% người bệnh có nguy cơ SDD trước phẫu thuật, trong đó PG-SGA B chiếm 50,6% và PG-SGA C chiếm 12,9%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lai Nam Tài (2023) trên người bệnh ung thư dạ dày trước phẫu thuật (68,6%) và Tạ Thanh Nga (2024) trên người bệnh ung thư điều trị hóa chất (63,8%), nhưng cao hơn nghiên cứu của Tan Shengqiang (2024) trên người bệnh HCC nói chung (54,6%).<sup>3,14,15</sup> Sự khác biệt có thể được lý giải do người bệnh HCC có chỉ định phẫu thuật thường mang gánh nặng bệnh lý cao hơn, kèm suy giảm chức năng gan; đồng thời, căng thẳng tiền phẫu và các triệu chứng lâm sàng như chán ăn, mệt mỏi, đầy bụng biểu hiện rõ hơn, làm gia tăng điểm PG-SGA so với quần thể HCC chung. Sau phẫu thuật 7 ngày, đa số người bệnh có tình trạng sụt cân, chế độ ăn trong giai đoạn này chủ yếu là thức ăn mềm với lượng ăn hạn chế, kèm theo giảm vận động do đau vết mổ và dẫn lưu ổ bụng, đồng thời mức chuyển hóa tăng. Những yếu tố này ảnh hưởng bất lợi đến TTDD, khiến phần lớn người bệnh được phân loại PG-SGA mức B và C. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD tăng lên 89,4%, trong đó tỷ lệ SDD nặng (PG-SGA C) tăng từ 12,9% lên 24,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trên người bệnh ung thư đại tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (2024), ghi nhận tỷ lệ SDD sau phẫu thuật theo PG-SGA là 83,72%, trong đó PG-SGA C chiếm 23,25%.<sup>12</sup> Điều này cho thấy SDD là vấn đề phổ biến và có xu hướng nặng lên trong giai đoạn hậu phẫu, nhấn mạnh sự cần thiết của đánh giá và can thiệp dinh dưỡng sớm ở người bệnh HCC phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh SDD theo nồng độ albumin huyết thanh trước phẫu thuật là 23,5%, cao hơn so với

nguyên cứu của Nguyễn Thị Dung (2023) trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa (9,3%).<sup>8</sup> Điều này có thể được giải thích bởi đặc điểm đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh HCC - bệnh lý gan mạn tính nặng, liên quan đến phá hủy các tế bào gan, chức năng gan suy giảm dẫn đến giảm khả năng tổng hợp albumin. Sau phẫu thuật 7 ngày, tỷ lệ SDD theo albumin tăng rõ rệt từ 23,5% lên 82,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Sự gia tăng này có thể được giải thích bởi phẫu thuật cắt gan là can thiệp ngoại khoa lớn, gây mất máu và mất dịch qua dẫn lưu, trong khi chức năng gan chưa hồi phục hoàn toàn, đặc biệt ở người bệnh có gan nền tổn thương. Bên cạnh đó, đáp ứng viêm và stress phẫu thuật làm rối loạn chuyển hóa và phân bố protein, kết hợp với tình trạng ăn uống kém và cung cấp protein không đầy đủ trong giai đoạn hậu phẫu sớm, góp phần làm giảm nồng độ albumin huyết thanh. Ngoài ra, albumin còn chịu ảnh hưởng của tình trạng cân bằng dịch, do đó không nên sử dụng riêng lẻ chỉ số này để đánh giá tình trạng dinh dưỡng mà cần phối hợp với các công cụ khác.

Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật theo nồng độ hemoglobin trong nghiên cứu của chúng tôi là 17,6%, thấp hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Trang (2025) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (26,0%).<sup>12</sup> Sau phẫu thuật, tỷ lệ thiếu máu tăng rõ rệt lên 42,4%. Sự gia tăng này chủ yếu liên quan đến phẫu thuật cắt gan là can thiệp ngoại khoa lớn, thường gây mất máu trong quá trình phẫu thuật. Kết quả cho thấy cần theo dõi chặt chẽ nồng độ hemoglobin trước và sau phẫu thuật, đồng thời chú trọng can thiệp dinh dưỡng, đặc biệt đảm bảo cung cấp đầy đủ vi chất như sắt, vitamin B12... nhằm hỗ trợ phục hồi cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Người bệnh HCC có tỷ lệ SDD cao ngay

trước phẫu thuật và tăng rõ rệt trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật. Trước phẫu thuật, tỷ lệ SDD theo PG-SGA là 63,5%, trong đó SDD nặng (PG-SGA C) chiếm 12,9%; theo BMI, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 14,1% và theo albumin huyết thanh tỷ lệ SDD là 23,5%. Sau phẫu thuật cắt gan, tình trạng SDD gia tăng có ý nghĩa thống kê, với tỷ lệ SDD theo PG-SGA tăng lên 89,4%, trong đó PG-SGA C là 24,7% ( $p < 0,001$ ); tỷ lệ CED theo BMI tăng lên 23,5% và SDD theo albumin huyết thanh tăng lên 82,4% ( $p < 0,001$ ). Các kết quả cho thấy SDD là vấn đề phổ biến và có xu hướng tăng đáng kể sau phẫu thuật ở người bệnh HCC.

Cần đánh giá tình trạng dinh dưỡng toàn diện cho người bệnh HCC, đặc biệt trong giai đoạn trước và sớm sau phẫu thuật. Việc triển khai can thiệp dinh dưỡng sớm và liên tục trong giai đoạn quanh phẫu thuật là cần thiết nhằm hạn chế SDD và góp phần nâng cao hiệu quả điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Agency for Research on Cancer. *GLOBOCAN 2022: Vietnam fact sheet*. Accessed January 25, 2026. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>.
2. Phạm Thị Kiều Chinh, Lương Thị Xuân, Nguyễn Trọng Hưng, và cs. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh ung thư gan đang điều trị tại Trung tâm ung bướu thuộc bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh năm 2019. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2020; 16(3+4): 67-75.
3. Tan S, Jiang J, Qiu L, et al. Prevalence of Malnutrition in Patients with Hepatocellular Carcinoma: A Comparative Study of GLIM Criteria, NRS2002, and PG-SGA, and Identification of Independent Risk Factors. *Nutr Cancer*. 2024; 76(4): 335-344. doi:10.1080/01635581.2024.2314317.

4. Masuda T, Shirabe K, Yoshiya S, et al. Nutrition support and infections associated with hepatic resection and liver transplantation in patients with chronic liver disease. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013; 37(3): 318-326. doi:10.1177/0148607112456041.
5. Lee DU, Wang E, Fan GH, et al. Malnutrition as a risk factor of adverse postoperative outcomes in patients undergoing hepatic resection: analysis of US hospitals. *Br J Nutr.* 2022; 128(4): 675-683. doi:10.1017/S0007114521003809.
6. Zhang Q, Li XR, Zhang X, et al. PG-SGA SF in nutrition assessment and survival prediction for elderly patients with cancer. *BMC Geriatr.* 2021; 21: 687. doi:10.1186/s12877-021-02662-4.
7. Phan Văn Công, Trần Thị Thanh Nguyễn Thị Khánh Trang, và cs. Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân ung thư có chỉ định phẫu thuật tại bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; (525): 117-124.
8. Nguyễn Thị Dung, Nguyễn Thị Thanh Hòa, Hoàng Việt Bách, và cs. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện K năm 2021. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2023; 64(10): 160-167.
9. Hoàng Thị Phương, Nguyễn Đức Dịu, Hoàng Việt Bách, và cs. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư buồng trứng tại bệnh viện K năm 2024-2025. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2025; 66(CĐ7-HNKH Bệnh viện K): 217-222.
10. Nguyễn Thùy Linh. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
11. Lê Thị Diệu Thu, Hoàng Việt Bách, Nguyễn Hà Thu, và cs. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư thực quản có chỉ định mở thông dạ dày tại bệnh viện K năm 2024-2025. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2025; 66(5): 171-176.
12. Chu Thị Trang, Đỗ Tất Thành, Trần Thị Thanh Bình, và cs. Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024; 540(2): 317-320.
13. Phạm Văn Dũng, Phạm Văn Phú, Trần Hiếu Học, và cs. 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.
14. 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 dược thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 527(1): 124-129.
15. Tạ Thanh Nga, Lê Thị Hương, Bùi Minh Thu, và cs. Tình trạng dinh dưỡng và một số triệu chứng tiêu hóa của người bệnh ung thư điều trị hóa chất tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023-2024. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2024; 65(6): 266-271.

## Summary

### PRE- AND POSTOPERATIVE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES, 2024-2025

A cross-sectional descriptive study was conducted on 85 hepatocellular carcinoma (HCC) patients to assess their nutritional status before and after hepatectomy; patients were indicated for surgical resection at the National Hospital for Tropical Diseases during 2024 – 2025. The results showed that, based on body mass index (BMI), the prevalence of chronic energy deficiency before and after surgery was 14.1% and 23.5%, respectively. According to the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), the prevalence of malnutrition was 63.5% preoperatively and increased to 89.4% postoperatively; notably, the proportion of severe malnutrition (PG-SGA category C) rose significantly from 12.9% to 24.7% ( $p < 0.001$ ). Seven days after surgery, 97.7% of patients experienced weight loss compared with their preoperative status. Mean body weight decreased significantly from  $57.7 \pm 7.6$  kg to  $53.9 \pm 7.2$  kg ( $p < 0.001$ ). Conclusion: Malnutrition is highly prevalent among patients with hepatocellular carcinoma undergoing hepatectomy and becomes more severe after surgery. Comprehensive nutritional assessment and early nutritional intervention are essential to improve treatment outcomes and quality of care.

**Keywords:** Nutritional status, hepatectomy, hepatocellular carcinoma, National Hospital for Tropical Diseases.