

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2025-2026

Chu Thị Trang¹, Đỗ Tất Thành¹, Trịnh Thị Thanh Bình¹
Phạm Thị Lan Phương¹, Ngô Thị Linh¹, Nguyễn Trần Thị Linh¹
và Nguyễn Quang Dũng^{2,✉}

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc được tiến hành trên 120 người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2025-2026 nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng. 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 15,8% và 22,5%. Đánh giá bằng công cụ PG-SGA, tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng hoặc nguy cơ (SDD) trước phẫu thuật là 64,1% và sau phẫu thuật là 88,4%; trong đó tỷ lệ SDD nặng (PG-SGA C) tăng từ 23,3% lên 26,7% ($p < 0,001$). Sau phẫu thuật 7 ngày cân nặng trung bình giảm từ $57,1 \pm 10,7$ kg xuống còn $55,4 \pm 10,5$ kg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết luận: SDD ở người bệnh ung thư đại trực tràng phẫu thuật phổ biến và nặng hơn sau phẫu thuật.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, ung thư đại trực tràng, phẫu thuật ung thư đại trực tràng, PG-SGA, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một bệnh lý ác tính thường gặp và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các loại ung thư. Theo GLOBOCAN 2022, toàn cầu ghi nhận khoảng 1,93 triệu ca mắc mới và khoảng 904 nghìn ca tử vong do ung thư đại trực tràng.¹ Tại Việt Nam, năm 2022 ghi nhận 16.835 ca mắc mới và 8.454 ca tử vong. Tỷ lệ mắc và tử vong đứng lần lượt hàng thứ 4 và thứ 5 trong các bệnh lý ung thư thường gặp ở cả hai giới.²

Suy dinh dưỡng (SDD) là tình trạng phổ biến

ở người bệnh ung thư, đặc biệt ở nhóm ung thư đại trực tràng do ảnh hưởng của khối u, tình trạng viêm mạn tính, rối loạn chuyển hóa, giảm khẩu phần ăn và các triệu chứng tiêu hóa. Tỷ lệ SDD ở những người bệnh ung thư đại trực tràng từ 41,5% - 85,44% tùy theo các công cụ đánh giá dinh dưỡng³⁻⁶ trước và sau phẫu thuật ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của cơ thể, tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật nhiễm trùng hoặc rò vết mổ, chậm hồi phục, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và suy giảm chất lượng cuộc sống.⁷⁻¹⁰ Tại Việt Nam, các nghiên cứu theo dõi sự thay đổi tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư đại trực tràng trước và sau phẫu thuật còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2025-2026.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Quang Dũng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenquangdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 04/06/2026

Ngày được chấp nhận: 22/06/2026

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh có chỉ định phẫu thuật cắt đại trực tràng.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh từ 20 tuổi trở lên, được chẩn đoán ung thư đại trực tràng có chỉ định phẫu thuật.
- Kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán ung thư đại trực tràng.
- Đối tượng nghiên cứu 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 bệnh lý kèm theo: suy thận, suy tim...
- Người bệnh có 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

Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 3 khoa: Khoa Phẫu thuật Cấp cứu tiêu hóa, Khoa Ung bướu và xạ trị, Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa và Bệnh lý sàn chậu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 08/2025 - 04/2026.

Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu: sử dụng công thức ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ Khoảng tin cậy 95%.

$\epsilon = 0,2$ độ chính xác tương đối.

$p = 0,52$ (tỷ lệ nguy cơ SDD/SDD theo PG-SGA từ nghiên cứu của Đoàn Duy Tân).⁴ Vậy cỡ mẫu tính được:

$n = 89$, lấy dự phòng 10% đối tượng thu được $n = 99$ đối tượng thực tế thu được 120 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, 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 nghiên cứu và chỉ tiêu đánh giá

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính (nam, nữ), nơi ở.

- Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu: vị trí ung thư đại trực tràng, giai đoạn ung thư, bệnh kèm theo, phương pháp phẫu thuật.

- 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- Chỉ số khối cơ thể): BMI được phân loại theo ngưỡng dành cho người trưởng thành Châu Á như sau: BMI < 18,5 kg/m²: thiếu năng lượng trường diễn; 18,5 ≤ BMI < 23 kg/m²: bình thường; BMI ≥ 23 kg/m²: thừa cân/béo phì.

- 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 hóa: Albumin huyết thanh: ≥ 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

Nhập số liệu trên EpiData; phân tích số liệu 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 ≥ 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 Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. 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 (%)
Giới	Nam	74	61,7%
	Nữ	46	38,3%

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	20 - 39 tuổi	11	9,2%
	40 - 59 tuổi	27	22,5%
	≥ 60 tuổi	82	68,3%
	Trung bình ($\pm$ SD)	62,4 $\pm$ 14,5	
Dân tộc	Kinh	115	95,8%
	Khác	5	4,2%
Chỗ ở hiện tại	Nông thôn	48	40
	Thành phố/ thị xã/ thị trấn	72	60

Nhận xét: Nghiên cứu được tiến hành trên 120 người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng. Tuổi trung bình là 62,4 $\pm$ 14,5 tuổi, nhóm

≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,3%. Nam giới chiếm 61,7%. Phần lớn người bệnh là dân tộc Kinh và sống tại thành phố/ thị xã/ thị trấn.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí ung thư	UTĐT chung	82	68,3%
	UTĐT lên	19	15,8%
	UTĐT ngang	9	7,5%
	UTĐT xuống	14	11,7%
	UTĐT sigma	40	33,3%
	UTTT	38	31,7%
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn I	11	9,2%
	Giai đoạn II	47	39,2%
	Giai đoạn III	54	45,0%
	Giai đoạn IV	8	6,7%
Phương pháp phẫu thuật	Mổ nội soi	86	71,7%
	Mổ mở	34	28,3%
Bệnh lý mạn tính kèm theo	Có	49	40,8%
	Tăng huyết áp	38	31,7%
	Đái tháo đường	18	15%
	COPD	1	0,8%
	Khác (viêm gan siêu vi B, bệnh mạch vành...)	7	5,8%

Nhận xét: Ung thư đại tràng chiếm 68,3%, cao hơn ung thư trực tràng với 31,7%. Trong các vị trí ung thư đại tràng, ung thư đại tràng sigma chiếm tỷ lệ cao nhất. Về giai đoạn bệnh, giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất với 45%, tiếp theo là giai đoạn II với 39,2%. Phương pháp

phẫu thuật chủ yếu là mổ nội soi chiếm 71,7%. Có 49 người bệnh có bệnh lý mạn tính kèm theo, chiếm 40,8%. Trong các bệnh lý mạn tính được ghi nhận, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,7%.

Bảng 3. 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	40 (33,3%)	10 (8,3%)	< 0,001
Giảm < 5% cân nặng	57 (47,5%)	93 (77,5%)	
Giảm ≥ 5% cân nặng	23 (19,2%)	17 (14,2%)	
Tổng	120 (100)	120 (100)	

*Stuart- Maxwell test

Nhận xét: Tại thời điểm trước phẫu thuật, so với thời điểm trước đó 1 tháng, 66,7% người bệnh có tình trạng giảm cân, trong đó giảm ≥ 5% cân nặng chiếm 19,2%. Sau phẫu thuật, tỷ

lệ giảm cân tăng lên 91,7%, chủ yếu là giảm dưới 5% cân nặng. Sự thay đổi tình trạng giảm cân trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 4. Một số chỉ số nhân trắc, hóa sinh trước và sau phẫu thuật

Các chỉ số	Trước phẫu thuật (n = 120)		Sau phẫu thuật (n = 120)		p
	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max	
Cân nặng (kg)	57,1 ± 10,7	38,0 - 97,0	55,4 ± 10,5	35,0 - 94,5	< 0,001*
BMI (kg/m ²)	21,9 ± 3,1	16,5 - 33,2	21,3 ± 3,1	15,6 - 31,8	< 0,001*
Albumin (g/L)	35,2 ± 4,0	26,7 - 49,1	32,5 ± 3,0	24,3 - 40,0	< 0,001**
Hemoglobin (g/L)	129,4 ± 18,5	71,0 - 169,0	120,4 ± 16,9	85,0 - 160,0	< 0,001*

*Paired- sample t- test

**Wilcoxon signed-rank test

Nhận xét: Sau phẫu thuật, cân nặng, BMI, albumin và hemoglobin trung bình đều giảm so với trước phẫu thuật. Cân nặng trung bình giảm từ 57,1 ± 10,7 kg xuống 55,4 ± 10,5 kg; BMI giảm từ 21,9 ± 3,1 kg/m² xuống 21,3 ± 3,1 kg/

m². Albumin giảm từ 35,2 ± 4,0 g/L xuống 32,5 ± 3,0 g/L. Hemoglobin giảm từ 129,4 ± 18,5 g/L xuống 120,4 ± 16,9 g/L; các sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 5. Tình trạng dinh dưỡng 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-SGA A	43 (35,8%)	14 (11,7%)	< 0,001*
	PG-SGA B	49 (40,8%)	74 (61,7%)	
	PG-SGA C	28 (23,3%)	32 (26,7%)	
BMI	BMI ≥ 23	50 (41,7%)	33 (27,5%)	0,004*
	$18,5 \leq \text{BMI} < 23$	51 (42,5%)	60 (50,0%)	
	BMI < 18,5	19 (15,8%)	27 (22,5%)	
Albumin	Không SDD	70 (58,3%)	27 (22,5%)	< 0,001**
	SDD	50 (41,7%)	93 (77,5%)	
Hemoglobin	Không thiếu máu	74 (61,7%)	43 (35,8%)	< 0,001**
	Thiếu máu	46 (38,3%)	77 (64,2%)	

*Stuart-Maxwell test

**McNemar test

Nhận xét: Sau phẫu thuật, tình trạng SDD của người bệnh tăng rõ rệt so với trước phẫu thuật. Theo PG-SGA, PG-SGA B tăng từ 40,8% lên 61,7% và PG-SGA C tăng từ 23,3% lên 26,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Theo BMI, tỷ lệ thiếu năng lượng tăng dần từ 15,8% trước phẫu thuật lên 22,5% sau phẫu thuật.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo albumin tăng từ 41,7% lên 77,5%, trong khi tỷ lệ thiếu máu theo hemoglobin tăng từ 38,3% lên 64,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, UTĐT (ung thư đại tràng) chiếm 68,3% cao hơn UTTT (ung thư trực tràng) với 31,7%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Mai Thị Ngọc Yến và cs (2024) tỷ lệ mắc UTĐT cao hơn so với UTTT (65,7% và 34,3%).¹¹ Về giai đoạn bệnh, người bệnh giai

đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất là 45%, tiếp theo là giai đoạn II 39,2% tương tự nghiên cứu của Đoàn Duy Tân và cộng sự (2021) với tỷ lệ ung thư giai đoạn I, II, III, IV lần lượt là 1,5%, 28,4%, 62,3% và 10,8%.⁴ Sự phát triển nhanh chóng qua các giai đoạn của ung thư đại trực tràng có thể do sự chủ quan của người bệnh không tầm soát sớm các bệnh ung thư.

Giảm cân không mong muốn là dấu hiệu quan trọng phản ánh nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh ung thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước phẫu thuật có 66,7% người bệnh ghi nhận giảm cân trong vòng 1 tháng, tương đương kết quả nghiên cứu của Mai Thị Ngọc Yến (2024) tỷ lệ giảm cân là 66,7%.¹¹ Sau phẫu thuật 1 tuần, tỷ lệ người bệnh giảm cân tăng lên 91,7%; cân nặng trung bình giảm từ $57,1 \pm 10,7$ (kg) xuống $55,4 \pm 10,5$ (kg). Tình trạng này có thể liên quan đến nhiều yếu tố phối hợp. Trước phẫu thuật, khối u, đặc biệt ở giai đoạn tiến triển, có thể gây rối loạn tiêu hóa,

giảm khẩu phần ăn, phản ứng viêm mạn tính và rối loạn chuyển hóa. Sau phẫu thuật, giảm cân trong tuần đầu không chỉ phản ánh tình trạng nuôi dưỡng mà còn chịu ảnh hưởng bởi lượng máu, dịch mất trong mổ, dịch dẫn lưu, thay đổi cân bằng dịch, đáp ứng viêm và stress phẫu thuật, đau sau mổ và giảm vận động. Do đó, giảm cân sau phẫu thuật cần được nhìn nhận như kết quả của nhiều yếu tố bệnh lý, phẫu thuật và dinh dưỡng phối hợp.

BMI là chỉ số đơn giản, dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng, nhưng có hạn chế trong phát hiện sớm suy dinh dưỡng, đặc biệt khi người bệnh mới giảm khối cơ hoặc thay đổi khẩu phần ăn. Trong nghiên cứu tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (CED) theo BMI trước phẫu thuật 15,8% tương tự nghiên cứu Đoàn Duy Tân (2021) trên người bệnh ung thư đại trực tràng là 13,1%, Nguyễn Thùy Linh (2023) là 18%.^{4,12} Sau phẫu thuật, BMI trung bình giảm từ $21,9 \pm 3,1$ (kg/m²) xuống $21,3 \pm 3,1$ (kg/m²), tỷ lệ CED tăng lên 22,5%. Kết quả này cho thấy tình trạng dinh dưỡng của người bệnh có xu hướng xấu hơn trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật. Tuy nhiên BMI cần được diễn giải phối hợp với các chỉ số khác như PG-SGA và albumin huyết thanh do chỉ số này chưa phản ánh đầy đủ thay đổi về khối cơ, tình trạng viêm và cân bằng dịch sau phẫu thuật.

PG-SGA là công cụ đánh giá dinh dưỡng toàn diện, có khả năng phát hiện nguy cơ suy dinh dưỡng dựa trên: thay đổi cân nặng, khẩu phần ăn, triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống, hoạt động chức năng và thăm khám lâm sàng. Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 64,1% người bệnh có SDD hoặc nguy cơ SDD trước phẫu thuật. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Mauricio SF và cộng sự 52,4% và Đoàn Duy Tân (2021) là 52,3% người bệnh có nguy cơ SDD.^{4,13} Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm người bệnh tại Bệnh viện

Hữu nghị Việt Đức, nơi tiếp nhận nhiều trường hợp có chỉ định phẫu thuật, tuổi cao và giai đoạn bệnh tiến triển. Sau phẫu thuật 7 ngày, tỷ lệ SDD hoặc nguy cơ SDD tăng lên 88,4%, trong đó SDD nặng tăng từ 23,3% lên 26,7%. 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, 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 B và C. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu trên người bệnh ung thư gan tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương, ghi nhận tỷ lệ SDD sau phẫu thuật theo PG-SGA là 89,4% trong đó tỷ lệ SDD nặng (PG-SGA C) là 24,7%.¹⁴ Điều này cho thấy SDD là vấn đề phổ biến và có xu hướng nặng lên trong giai đoạn hậu phẫu sớm ở người bệnh ung thư đại trực tràng. Do đó, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng các công cụ toàn diện như PG-SGA có ý nghĩa trong phát hiện sớm nguy cơ suy dinh dưỡng và hỗ trợ định hướng chăm sóc dinh dưỡng phù hợp cho người bệnh.

Albumin huyết thanh là chỉ số thường được sử dụng để hỗ trợ đánh giá tình trạng dinh dưỡng, mặc dù có thể chịu ảnh hưởng bởi phản ứng viêm, mất dịch và cân bằng dịch sau phẫu thuật. Tỷ lệ người bệnh SDD theo nồng độ albumin trước phẫu thuật là 41,7% tương tự nghiên cứu của Đoàn Duy Tân trên nhóm ung thư đại trực tràng là 38,5%.⁴ Sau phẫu thuật 7 ngày, tỷ lệ SDD theo albumin tăng rõ rệt từ 41,7% lên 77,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Sự gia tăng này có thể liên quan đến stress phẫu thuật, phản ứng viêm, ăn uống kém và cung cấp protein chưa đầy đủ trong giai đoạn hậu phẫu sớm. Do đó, albumin không nên được sử dụng đơn độc mà cần phối hợp với các công cụ đánh giá khác như PG-SGA và BMI.

Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật theo nồng độ hemoglobin trong nghiên cứu của chúng tôi là 38,3% tương tự nghiên cứu của Mai Thị Ngọc Yến trên nhóm ung thư đại trực tràng là 37,1%.¹¹ Nguyên nhân có thể liên quan đến mất máu mạn tính qua đường tiêu hóa, viêm mạn tính, giảm khẩu phần ăn và thiếu hụt vi chất. Sau phẫu thuật tỷ lệ thiếu máu tăng lên rõ rệt lên 64,2%. Sự gia tăng này có thể giải thích bởi tình trạng mất máu trong và sau mổ, phản ứng viêm sau phẫu thuật, cùng với tình trạng ăn uống kém và suy giảm dự trữ dinh dưỡng trong giai đoạn hậu phẫu. Do đó, kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá và can thiệp sớm tình trạng thiếu máu, đồng thời hỗ trợ dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật nhằm cải thiện khả năng hồi phục cho người bệnh ung thư đại trực tràng.

Hạn chế nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ đánh giá tình trạng dinh dưỡng trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật tại thời điểm ngày thứ 7, do đó chưa phản ánh được diễn biến dinh dưỡng dài hạn của người bệnh sau khi ra viện. Một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến thay đổi tình trạng dinh dưỡng sau phẫu thuật như phương pháp nuôi dưỡng, kích thích khối u, lượng máu và dịch mất trong mổ, biến chứng sau phẫu thuật chưa được phân tích sâu trong phạm vi bài báo này.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh ung thư đại trực tràng có tỷ lệ SDD cao trước phẫu thuật và tăng rõ rệt trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật. Trước phẫu thuật, tỷ lệ SDD theo PG-SGA là 64,1%, trong đó SDD nặng (PG-SGA C) chiếm 23,3%; theo BMI, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 15,8% và theo albumin huyết thanh tỷ lệ SDD là 41,7%. Sau phẫu thuật, tình trạng SDD gia tăng có ý nghĩa thống kê, với tỷ lệ SDD theo PG-SGA tăng lên 88,4% ($p < 0,001$); tỷ lệ CED theo BMI tăng lên 22,5% và SDD theo albumin

huyết thanh tăng lên 77,5% ($p < 0,001$). Các kết quả cho thấy SDD là vấn đề phổ biến và có xu hướng tăng đáng kể sau phẫu thuật ở người bệnh ung thư đại trực tràng.

Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa trong phát hiện sớm nguy cơ SDD và hỗ trợ định hướng chăm sóc dinh dưỡng phù hợp cho người bệnh ung thư đại trực tràng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834.
2. International Agency for Research on Cancer. *GLOBOCAN 2022: Vietnam Fact Sheet*. International Agency for Research on Cancer; 2024. Accessed January 25, 2026. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>.
3. Xie B, Sun Y, Sun J, Deng T, Jin B, Gao J. Applicability of five nutritional screening tools in Chinese patients undergoing colorectal cancer surgery: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2022; 12(5): e057765. doi:10.1136/bmjopen-2021-057765.
4. Đoàn Duy Tân, Võ Duy Long, Lê Thị Hương. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021; 500(1). doi:10.51298/vmj.v500i1.339.
5. Wang Y, Zheng J, Gao Z, Han X, Qiu F. Investigation on nutritional risk assessment and nutritional support status of surgical patients with colorectal cancer. *J BUON.* 2018; 23(1): 62-67.

6. Nguyễn Văn Trang, Trần Thơ Nhi, Nguyễn Hoàng Long. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Thanh Nhàn và Bệnh viện Vinmec Times City. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 505(2). doi:10.51298/vmj.v505i2.1140.
7. Caballero CI, Lapitan MC, Buckley B. Nutritional assessment of adult cancer patients admitted at the Philippine General Hospital using the scored patient generated subjective global assessment tool (PG-SGA). *Acta Medica Philippina*. 2013; 47(4). Accessed June 2, 2026. <https://www.herdin.ph/index.php/partner/journal?view=research&cid=64524>.
8. Beaton J, Carey S, Solomon MJ, Tan KK, Young J. Preoperative Body Mass Index, 30-Day Postoperative Morbidity, Length of Stay and Quality of Life in Patients Undergoing Pelvic Exenteration Surgery for Recurrent and Locally-Advanced Rectal Cancer. *Ann Coloproctol*. 2014; 30(2): 83-87. doi:10.3393/ac.2014.30.2.83.
9. Hu WH, Cajas-Monson LC, Eisenstein S, Parry L, Cosman B, Ramamoorthy S. Preoperative malnutrition assessments as predictors of postoperative mortality and morbidity in colorectal cancer: an analysis of ACS-NSQIP. *Nutr J*. 2015; 14: 91. doi:10.1186/s12937-015-0081-5.
10. Melchior JC, Pr  aud E, Carles J, et al. Clinical and economic impact of malnutrition per se on the postoperative course of colorectal cancer patients. *Clin Nutr*. 2012; 31(6): 896-902. doi:10.1016/j.clnu.2012.03.011.
11. Mai Thị Ngọc Yến, Lê Thị Hương, Nguyễn Đăng Tuấn, Nguyễn Thị Thu  y Lương. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư đại trực tràng trước phẫu thuật tại Bệnh viện Vinmec Times City năm 2023-2024. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2024; 20(5): 117-124. doi:10.56283/1859-0381/746.
12. Nguyễn Thùy Linh, Trần Ngọc Trung, Nguyễn Thị Phương Dung. Khảo sát tình trạng dinh dưỡng trước mổ ở người bệnh ung thư đại trực tràng. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh* 2024; (6): 140-148. doi:10.32895/hcjm.m.2024.06.18.
13. Maur  cio SF, Xiao J, Prado CM, Gonzalez MC, Correia MITD. Different nutritional assessment tools as predictors of postoperative complications in patients undergoing colorectal cancer resection. *Clin Nutr*. 2018; 37(5): 1505-1511. doi:10.1016/j.clnu.2017.08.026.
14. Trần Thị Lệ Thu, Nguyễn Thị Liên Hà, Nguyễn Minh Trọng, Nguyễn   ắc Danh, Nguyễn Ngọc T  y  n, Nguyễn Thị Hương Lan. 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. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2026; 200(3): 538-547. doi:10.52852/tcncyh.v200i3.4821.

Summary

PRE- AND POSTOPERATIVE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL, 2025-2026

A longitudinal descriptive study was conducted among 120 patients undergoing colorectal cancer surgery at Viet Duc University Hospital from 2025 to 2026 to assess their nutritional status before and after surgery. The results showed that, based on body mass index (BMI), the prevalence of chronic energy deficiency before and after surgery was 15.8% and 22.5%, respectively. According to the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), the prevalence of malnutrition or risk of malnutrition was 64.1% preoperatively and increased to 88.4% postoperatively; notably, the proportion of severe malnutrition, classified as PG-SGA category C, rose from 23.3% to 26.7% ($p < 0.001$). Seven days after surgery, 91.7% of patients experienced weight loss compared with their preoperative status. Mean body weight decreased significantly from 57.1 ± 10.7 kg to 55.4 ± 10.5 kg ($p < 0.001$). Conclusion: Malnutrition is common among patients undergoing colorectal cancer surgery and tends to become more severe in the early postoperative period.

Keywords: Nutritional status, colorectal cancer, colorectal cancer surgery, PG-SGA, Viet Duc University Hospital.