

# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2018 - 2019

Hoàng Việt Bách<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thảo<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hồng Tiến<sup>1</sup>, Đặng Thị Hằng<sup>1</sup>,  
Dương Thị Yến<sup>1</sup>, Đặng Đức Dịu<sup>1</sup>, Lê Thị Hương<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup>Trung tâm dinh dưỡng lâm sàng – Bệnh viện K

<sup>2</sup>Viện ĐT YHDP&YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 100 người bệnh ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện K năm 2018 - 2019 với mục tiêu mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư đại trực tràng trước, sau phẫu thuật và chế độ nuôi dưỡng trong 7 ngày sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy trước phẫu thuật có 55% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng theo phân loại SGA (Phương pháp đánh giá dinh dưỡng chủ quan - Subjective Global Assessment of nutritional status), 36% suy dinh dưỡng theo chỉ số Albumin. Tỷ lệ người bệnh bị giảm cân trong 6 tháng và 1 tháng trước phẫu thuật lần lượt là 80% và 79% trong đó có 11% người bệnh bị giảm cân trên 10%. Sau phẫu thuật 7 ngày: theo chỉ số khối cơ thể (BMI) tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng tăng lên 8% đồng thời tỷ lệ thừa cân giảm 3%, có 92% người bệnh bị giảm cân so với trước khi phẫu thuật, cân nặng giảm trung bình là  $1,86 \pm 1,09$  kg. Sau phẫu thuật người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch trung bình trong 6,3 ngày, thời gian bắt đầu được tập ăn đường miệng là  $3,3 \pm 2,4$  ngày, tỷ lệ người bệnh đáp ứng nhu cầu khuyến nghị về năng lượng còn chưa cao, hầu hết các khâu phần của người bệnh không đáp ứng đủ nhu cầu khuyến nghị về vitamin và chất khoáng.

**Từ khoá:** Tình trạng dinh dưỡng, Nuôi dưỡng, Ung thư đại trực tràng, Phẫu thuật

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, có xu hướng ngày càng gia tăng và trở thành gánh nặng cho toàn xã hội.<sup>1</sup> Năm 2018 theo GLOBOCAN trên thế giới có 18,1 triệu ca mắc mới và số ca tử vong vì ung thư là 9,6 triệu người trong đó Ung thư đại trực tràng đứng thứ 3 về tỉ lệ mắc mới (10,2%) và đứng thứ 3 về tỉ lệ tử vong (9,2%). Tại Việt Nam Ung thư đại trực tràng đứng thứ 4 ở nam (8,4%) và thứ 2 ở nữ (9,6%).<sup>2</sup>

Suy dinh dưỡng được coi là một yếu tố tiên lượng làm giảm chất lượng cuộc sống cũng như ảnh hưởng tới kết quả điều trị của bệnh nhân ung thư nói chung và Ung thư đại trực tràng

nói riêng. Theo Monika Zietarska năm 2017 có 73,3% người bệnh ung thư đại trực tràng có nguy cơ suy dinh dưỡng trong đó 2,7% thuộc nhóm nguy cơ suy dinh dưỡng cao.<sup>3</sup> Nghiên cứu của Burden ST và cộng sự (2010) trên đối tượng người bệnh ung thư đại trực tràng cho thấy sau phẫu thuật có 77% người bệnh bị giảm cân trong đó 20% người bệnh giảm trên 10% trọng lượng cơ thể trong vòng 2 tháng.<sup>4</sup> Người bệnh suy dinh dưỡng có nguy cơ tử vong, nhiễm trùng cao hơn từ 5 - 52%, tăng các biến chứng sau mổ, giảm khả năng đáp ứng với điều trị, tăng chi phí nằm viện do thời gian nằm viện kéo dài.<sup>5</sup> Theo Garth AK (2010) trên người bệnh ung thư đường tiêu hoá thấy rằng thời gian nằm viện trung bình là 12 ngày, tỉ lệ biến chứng 35%, trong đó nhóm người bệnh giảm trên 10% cân nặng thì số ngày nằm viện là 17 ngày, người bệnh suy dinh dưỡng số ngày nằm viện gấp hai lần so với người bệnh

Tác giả liên hệ: Hoàng Việt Bách,

Trung tâm dinh dưỡng lâm sàng – Bệnh viện K

Email: hoangvietbach90@gmail.com

Ngày nhận: 07/02/2020

Ngày được chấp nhận: 25/04/2020

có dinh dưỡng tốt (15,8 ngày và 7,6 ngày) với  $p < 0,05$ .<sup>6</sup> Cho tới nay ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư đại trực tràng, đồng thời việc nuôi dưỡng người bệnh sau phẫu thuật vẫn chưa được quan tâm nhiều, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh Ung thư đại trực tràng trước, sau phẫu thuật và chế độ nuôi dưỡng trong 7 ngày sau phẫu thuật.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Người bệnh trên 18 tuổi, chẩn đoán ung thư đại tràng hoặc ung thư trực tràng nguyên phát bằng kết quả giải phẫu bệnh, có thể có hoặc không có các bệnh lý tiêu hóa hoặc một số bệnh mạn tính kèm theo, nhập viện phẫu thuật có chuẩn bị, có khả năng nghe hiểu, hồ sơ bệnh án đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

*Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang

*Cỡ mẫu và chọn mẫu*

Cỡ mẫu

Dựa vào công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỉ lệ trong quần thể

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

Trong đó:

n: Tổng đối tượng cần điều tra

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê (chọn  $\alpha = 0,05$ )

d = 0,1 là khoảng sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể nghiên cứu.

p: Là tỉ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh lấy từ một nghiên cứu trước ( $p = 0,394$ ).<sup>7</sup>

Thêm 10% dự phòng người bệnh bỏ cuộc, các phiếu sai sót thông tin.

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu là 100 đối tượng.

Chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, tất cả các người bệnh đủ điều kiện trong khoảng thời

gian từ tháng 7/2018 tới tháng 3/2019 tại khoa Ngoại bụng 1 và Ngoại bụng 2 đều được chọn vào tham gia nghiên cứu.

#### *Các nội dung nghiên cứu*

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, dân tộc, địa chỉ, nghề nghiệp, trình độ học vấn.

- Tình trạng dinh dưỡng: chiều cao, cân nặng, cân nặng 1 tháng trước, cân nặng 6 tháng trước, phần trăm mỡ cơ thể, BMI, SGA, Albumin.

- Chế độ nuôi dưỡng: Đường nuôi dưỡng, thành phần các chất dinh dưỡng trong dịch truyền và trong khẩu phần ăn trong 7 ngày sau phẫu thuật.

#### *Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu*

Kỹ thuật thu thập thông tin: phương pháp phỏng vấn trực tiếp đối tượng theo bộ câu hỏi, kết hợp với phương pháp quan sát, đo lường các chỉ số nhân trắc học, phương pháp hỏi ghi khẩu phần 24h, một số thông tin về kết quả cận lâm sàng được lấy từ hồ sơ bệnh án.

Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi được xây dựng sẵn, cân Tanita, thước gỗ đo chiều cao, quyển ảnh dùng trong điều tra khẩu phần ăn của Viện Dinh dưỡng Quốc gia.

### 3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi được thu thập sẽ được làm sạch, nhập vào máy tính bằng phần mềm epidata 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 12.0, phân tích chế độ ăn sử dụng bảng thành phần các chất dinh dưỡng của Viện Dinh dưỡng Quốc gia năm 2007. Sau đó kết quả sẽ được đối chiếu với khuyến nghị của các tổ chức để tính ra tỷ lệ người bệnh đạt nhu cầu.

### 4. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh được giải thích rõ mục đích và cách thức thực hiện nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin của người bệnh được bảo mật và chỉ được sử dụng trong nghiên cứu. Người bệnh có thể từ chối tham gia nghiên cứu tại bất cứ thời điểm nào mà không cần thông báo lý do.

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh Ung thư đại trực tràng trước và sau phẫu thuật.

Nghiên cứu được tiến hành trên 100 người bệnh với tỷ lệ giữa nam và nữ lần lượt là 58% và 42%. Tuổi trung bình của đối tượng là  $58,6 \pm 1,07$  tuổi. Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu là nông dân (42%). Tỷ lệ người bệnh mắc ung thư trực tràng cao nhất với 35,7%.

Theo các phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng về BMI, SGA, Albumin trước phẫu thuật tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa 2 nhóm ung thư đại tràng và ung thư trực tràng là khác nhau. Tuy nhiên chỉ có sự khác biệt về chỉ số Albumin giữa nhóm ung thư trực tràng và ung thư đại tràng (lần lượt là 51,7% và 28,1%) là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 1).

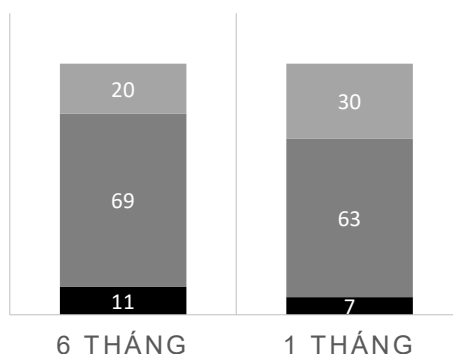
**Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật theo vị trí ung thư**

		Ung thư đại tràng n (%)	Ung thư trực tràng n (%)	Chung n (%)	p
BMI	BMI < 18,5	16 (24,6)	8 (22,9)	24 (24%)	$p > 0,05^*$
	$18,5 \leq \text{BMI} < 25$	43 (66,2)	22(62,9)	65 (65%)	
	BMI $\geq 25$	6 (9,2)	5 (14,3)	11 (11%)	
SGA	SGA - A	29 (44,6)	16 (45,7)	45 (45%)	$p > 0,05^*$
	SGA - B	35 (53,8)	18 (51,4)	53 (53%)	
	SGA - C	1(1,6)	1 (2,9)	2 (2%)	
Albumin	< 35 g/l	16 (28,1)	15 (51,7)	31 (36%)	$p < 0,05^{**}$
	$\geq 35$ g/l	41 (71,9)	14 (48,3)	55 (64%)	

\* Fisher - exact test, \*\*  $X^2$  test T

Tình trạng giảm cân trong 6 tháng gần đây ở người bệnh Ung thư đại trực tràng chiếm tỷ lệ cao (80%). Trong đó tình trạng sụt cân đáng kể (giảm  $\geq 10\%$  cân nặng) chiếm 11%. Tỷ lệ giảm cân trong 1 tháng gần đây là 70% trong đó có 7% đối tượng giảm  $\geq 10\%$  trọng lượng cơ thể (Biểu đồ 1)

■ Không giảm/ Tăng cân ■ Giảm <10% ■ Giảm  $\geq 10\%$



**Biểu đồ 1. Tình trạng giảm cân của người bệnh trong vòng 6 tháng và 1 tháng trước phẫu thuật**

Cả ba chỉ số cân nặng, phần trăm mỡ cơ thể và BMI trước phẫu thuật đều giảm sau phẫu thuật 7 ngày. Tuy nhiên chỉ có sự khác biệt ở chỉ số cân nặng trung bình là có ý nghĩa thống kê với mức giảm trung bình là 1,8kg sau 7 ngày phẫu thuật với  $p < 0,05$  (Bảng 2)

**Bảng 2. tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu trước và sau phẫu thuật**

Đặc điểm	Trước phẫu thuật		Ngày thứ 7 sau phẫu thuật		p
	(X ± SD)	Min - Max	(X ± SD)	Min - Max	
Cân nặng (kg)	52,3 ± 9,1	31,8 - 82	50,5 ± 8,8	30,2 - 79,5	$p < 0,05^*$
Phần trăm mỡ cơ thể (%)	22,1 ± 7,8	5,2 - 41,2	22,0 ± 7,4	5,7 - 46,2	$p > 0,05^*$
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	20,9 ± 3,0	14,3 - 29,3	20,2 ± 3,0	12,7 - 27,8	$p > 0,05^*$

## 2. Chế độ nuôi dưỡng người bệnh Ung thư đại trực tràng trong 7 ngày sau phẫu thuật.

Trong 7 ngày sau phẫu thuật, 2 ngày đầu tiên người bệnh được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch và giảm dần trong những ngày sau đó.. Thời gian trung bình bắt đầu được ăn đường miệng ở đối tượng nghiên cứu là 3,3 ngày. Người bệnh được nuôi ăn đường miệng sớm nhất bắt đầu vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật chiếm 41%, có 13 người bệnh vẫn chưa được bắt đầu ăn vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 13% (Bảng 3).

**Bảng 3. Đường nuôi dưỡng người bệnh trong 7 ngày sau phẫu thuật**

	Tĩnh mạch		Tĩnh mạch + đường miệng		Đường miệng	
	n	%	n	%	n	%
Ngày thứ 1	100	100	0	0	0	0
Ngày thứ 2	100	100	0	0	0	0
Ngày thứ 3	57	57	41	41	2	2
Ngày thứ 4	37	37	61	61	2	2
Ngày thứ 5	21	21	72	72	7	7
Ngày thứ 6	16	16	67	67	17	17
Ngày thứ 7	13	13	66	66	21	21

Trong 7 ngày sau phẫu thuật, tỷ lệ đáp ứng nhu cầu khuyến nghị theo ESPEN và Viện Dinh dưỡng Quốc gia tương đối thấp (1,6%) thấp nhất vào ngày thứ 3 và thứ 4 sau phẫu thuật<sup>13,15</sup> (Bảng 4).

**Bảng 4. Đáp ứng nhu cầu năng lượng và protein sau phẫu thuật**

		Năng lượng		Protein	
		n (%)		n (%)	
		ESPEN	VDD	ESPEN	VDD
Ngày 1	Đạt ≥ 75%	31 (31%)	22 (22%)	25 (25%)	33 (33%)
	Đạt ≥ 100%	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)
Ngày 2	Đạt ≥ 75%	28 (28%)	21 (21%)	21 (21%)	33 (33%)
	Đạt ≥ 100%	3 (3%)	1 (1%)	2 (2%)	2 (2%)

		Năng lượng n (%)		Protein n (%)	
		ESPEN	VDD	ESPEN	VDD
Ngày 3	Đạt ≥ 75%	2 (2%)	2 (2%)	3 (3%)	4 (4%)
	Đạt ≥ 100%	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
Ngày 4	Đạt ≥ 75%	4 (4%)	4 (4%)	4 (4%)	15 (15%)
	Đạt ≥ 100%	1 (1%)	1 (1%)	2 (2%)	2 (2%)
Ngày 5	Đạt ≥ 75%	22 (22%)	11 (11%)	23 (23%)	44 (44%)
	Đạt ≥ 100%	2 (22%)	2 (2%)	1 (1%)	12 (12%)
Ngày 6	Đạt ≥ 75%	27 (27%)	25 (25%)	18 (18%)	29 (29%)
	Đạt ≥ 100%	2 (2%)	1 (1%)	2 (2%)	19 (19%)
Ngày 7	Đạt ≥ 75%	28 (28%)	27 (27%)	27 (27%)	23 (23%)
	Đạt ≥ 100%	1 (1%)	1 (1%)	2 (2%)	21 (21%)

Sau phẫu thuật, hầu hết chế độ nuôi dưỡng không đáp ứng đủ nhu cầu vitamin và chất khoáng.<sup>15</sup> Không có đối tượng nghiên cứu nào được cung cấp đủ nhu cầu khuyến nghị về EPA, arginine, selen. Nuôi dưỡng đầy đủ vitamin B6, vitamin B12, Acid folic, vitamin C, sắt, kẽm, đều rất thấp, tỷ lệ này tăng dần vào các ngày sau đó khi người bệnh được chuyển sang nuôi dưỡng đường miệng, tới ngày thứ 7 tỷ lệ này lần lượt là 23%, 26%, 25%, 13%, 17% và 15%. Trong 2 ngày đầu sau phẫu thuật phần lớn người bệnh đều không được cung cấp vitamin và các loại chất khoáng thiết yếu trong các loại dịch truyền (Bảng 5).

**Bảng 5. Giá trị một số vitamin và khoáng chất từ khẩu phần sau phẫu thuật**

	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4	Ngày 5	Ngày 6	Ngày 7
Ca:P $\bar{X}$ (n%)	0 (0%)	0 (0%)	0,2 (3%)	0,2 (5%)	0,3 (21%)	0,7 (42%)	0,9 (46%)
Vitamin B12 ( $\mu\text{g}/\text{ngày}$ ) $\bar{X}$ (n%)	0 (0%)	0 (0%)	0,1 (13%)	0,2 (14%)	0,5 (19%)	0,8 (24%)	1,1 (26%)
Vitamin B6 ( $\mu\text{g}/\text{ngày}$ ) $\bar{X}$ (n%)	0 (0%)	0 (0%)	0,3 (7%)	2 (13%)	0,9 (13%)	1,9 (20%)	0,6 (23%)
Acid Folic ( $\mu\text{g}/\text{ngày}$ ) $\bar{X}$ (n%)	0 (0%)	0 (0%)	1,7 (10%)	11,1 (14%)	40,9 (18%)	72,5 (23%)	85,1 (25%)
Vitamin C (mg/ngày) $\bar{X}$ (n%)	0 (0%)	0 (0%)	0,4 (0%)	0,5 (0%)	10,4 (3%)	25,5 (8%)	32,4 (13%)
Sắt (mg/ngày) $\bar{X}$ (n%)	0 (0%)	0 (0%)	0,2 (0%)	0,8 (5%)	1,8 (11%)	2,7 (15%)	3,1 (17%)
Kẽm (mg/ngày) $\bar{X}$ (n%)	0 (0%)	0 (0%)	0,3 (3%)	0,9 (6%)	2,1 (12%)	3,6 (12%)	3,5 (15%)

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy cân nặng trung bình của người bệnh giảm 1,8 kg sau 7 ngày phẫu thuật. Beattie và cộng sự nghiên cứu trên đối tượng người bệnh phẫu thuật đường tiêu hoá chỉ ra sau phẫu thuật cân nặng của người bệnh bị giảm 4,21 kg.<sup>8</sup> Sự khác biệt này là do thời gian theo dõi của 2 nghiên cứu là khác nhau, người bệnh trong nghiên cứu này được theo dõi trong 1 tuần ngắn hơn của Beattie là 2 tuần, quá trình ghi nhận sự suy giảm cân nặng của người bệnh được theo dõi dài hơn, mất cân sẽ nhiều hơn.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo SGA, trước phẫu thuật tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng là 55% trong đó có 2% xếp loại suy dinh dưỡng mức độ nặng. Nghiên cứu của Gupta và cộng sự tình trạng dinh dưỡng cũng được đánh giá bằng công cụ SGA cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng là tương đồng với nghiên cứu này là 52%.<sup>9</sup> Theo BMI, trước phẫu thuật tỷ lệ suy dinh dưỡng chung là 24% và tỷ lệ thừa cân béo phì là 11%, sau phẫu thuật tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng là 32% và tỷ lệ thừa cân béo phì là 8%. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu tại Đài Loan năm 2012 cũng trên đối tượng Ung thư đại trực tràng khi tỷ lệ suy dinh dưỡng là 4,4% và tỷ lệ béo phì lên tới 46,6%.<sup>18</sup> Điều này có thể giải thích do các yếu tố về dịch tễ, chủng tộc, di truyền tác động tới chỉ số nhân trắc ở các nước khác nhau là khác nhau đồng thời nghiên cứu tại Đài Loan lấy mức giá trị thừa cân béo phì là từ 24 kg/m<sup>2</sup> khác với nghiên cứu này là 25 kg/m<sup>2</sup>. Nghiên cứu của Dương Thị Phượng năm 2016 tỷ lệ người bệnh có nồng độ Albumin máu thấp < 35g/l là 31,8%,<sup>11</sup> kết quả này tương tự như nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ đối tượng albumin máu thấp là 36%. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Hu WH và cộng sự nghiên cứu trên quy mô lớn kéo dài từ năm 2009 - 2013 trên người bệnh

ung thư cho thấy tỷ lệ người bệnh có nồng độ Albumin máu thấp là 27,3% thấp hơn so với nghiên cứu này, điều này có thể giải thích do nghiên cứu của Hu WH tiến hành trên nhiều nhóm người bệnh ung thư khác nhau trong khi nghiên cứu này chỉ thực hiện trên nhóm người bệnh Ung thư đại trực tràng.<sup>15</sup>

Trọng lượng là chỉ số cơ bản và quan trọng cho việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tình trạng sức khỏe của cơ thể. Việc mất 10% trọng lượng cơ thể vào bất cứ khoảng thời gian nào cũng được coi là bằng chứng xác định suy dinh dưỡng. Trong nghiên cứu có 80% người bệnh có hiện tượng sụt cân trong 6 tháng gần đây trong đó có 11% người bệnh sụt cân nghiêm trọng  $\geq 10\%$  cân nặng. Nghiên cứu của Gath AK và cộng sự năm 2010 trên đối tượng người bệnh ung thư đường tiêu hoá cho thấy tỷ lệ sụt cân nghiêm trọng trước phẫu thuật lên tới 52%, cao hơn rất nhiều nghiên cứu này. Sự khác biệt này do tiêu chuẩn đánh giá của hai nghiên cứu là khác nhau tác giả lấy tỷ lệ sụt cân đáng kể khi sụt < 2% cân nặng trong tuần trước khi nhập viện hoặc > 5% trong 1 tháng gần đây, hoặc > 7,5% trong 3 tháng gần đây hoặc > 10% trong 6 tháng gần đây.<sup>6</sup>

Sau phẫu thuật 100% người bệnh được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoàn toàn trong 2 ngày đầu. Tỷ lệ sử dụng nuôi dưỡng tĩnh mạch giảm dần trong những ngày sau đó. Trung bình sau 3,3 ngày người bệnh bắt đầu được tập ăn trở lại, người bệnh được nuôi ăn đường miệng sớm nhất vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật, có 13% người bệnh tới ngày thứ 7 vẫn được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch. Nghiên cứu này người bệnh được nuôi ăn đường miệng sớm hơn nghiên cứu can thiệp của Chu Thị Tuyết trên nhóm người bệnh đối chứng với giá trị trung bình là 109,5 giờ (4,56 ngày) đồng thời nghiên cứu cũng chỉ ra việc



nuôi dưỡng sớm cho người bệnh trung bình ở giờ thứ 37,7 là an toàn và giúp giảm thời gian nằm viện cho những người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa.<sup>10</sup> Nuôi dưỡng sớm đường miệng ở những người bệnh phẫu thuật tiêu hóa giúp phục hồi nhanh các nhung mao ruột, giảm thâm lậu vi khuẩn, giảm các biến chứng sau phẫu thuật và thời gian nằm viện. Người bệnh Ung thư đại trực tràng được khuyến nghị nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa trong vòng 24h đầu và chuyển sang ăn mềm trong vòng 48h sau phẫu thuật.<sup>12</sup>

Về tổng năng lượng cung cấp từ khẩu phần 7 ngày sau phẫu thuật, nhìn chung năng lượng trung bình chỉ đạt được 50% - 60% nhu cầu khuyến nghị của ESPEN. Trong 2 ngày đầu, năng lượng cung cấp đạt cao nhất là 750 kcal/ngày và 730 kcal/ngày và thấp nhất vào ngày thứ 3 và thứ 4 chỉ đạt 433 kcal/ngày ở ngày thứ 3 và 533 kcal/ngày ngày thứ 4. Có sự thay đổi này là do khi người bệnh bắt đầu được tập ăn đường miệng thì các bác sĩ bắt đầu giảm dần hoặc ngừng nuôi dưỡng bằng dịch truyền trong khi nuôi dưỡng đường miệng của người bệnh vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị, đặc biệt đa số người bệnh được tập ăn bằng nước cháo muối vào ngày thứ 3 và thứ 4, nên tổng năng lượng từ đường tĩnh mạch và đường miệng còn thấp, chênh lệch lớn với nhu cầu khuyến nghị đặc biệt vào 2 ngày này. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh tại Bệnh viện Đại học Y và Bệnh viện Bạch Mai năm 2017 có kết quả cao hơn nhiều so với chúng tôi khi năng lượng ngày đầu tiên và ngày thứ 2 đạt 1010,6 kcal và 1017,4 kcal trong khi đó các ngày tiếp theo giá trị khẩu phần cũng cho kết quả tương đối giống nghiên cứu này khoảng 638,1 kcal/ngày sự khác biệt này có thể là do, trong 2 ngày đầu sau phẫu thuật chủ yếu người bệnh được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch và đặc điểm chỉ định dịch truyền của các

bác sĩ giữa các bệnh viện khác nhau.<sup>7</sup> Trong nghiên cứu của Geirsdottir (2008) và Surwillo (2013) trên nhóm người bệnh ung thư, năng lượng người bệnh được cung cấp đều cao hơn nghiên cứu này lần lượt là  $1905 \pm 500$  Kcal/ngày và  $1608 \pm 436$  Kcal/ngày.<sup>16,17</sup> Nuôi dưỡng không đầy đủ ở những người bệnh sau phẫu thuật có liên quan tới kết quả đầu ra kém làm tăng tỉ lệ biến chứng, thời gian nằm viện, tỷ lệ tử vong ở những người bệnh ung thư đường tiêu hoá trên và Ung thư đại trực tràng. Do đó cân đối giữa lượng dịch truyền cùng với chế độ dinh dưỡng đường miệng là hết sức cần thiết khi chăm sóc sau phẫu thuật cho người bệnh Ung thư đại trực tràng.

Chế độ ăn của người bệnh những ngày đầu chủ yếu là nước cháo muối, những ngày sau chuyển dần sang chế độ ăn mềm với số lượng hạn chế. Dẫn tới giá trị của vitamin và chất khoáng trong chế độ nuôi dưỡng bị thiếu hụt rất nhiều trong khi các chất này giữ vai trò quan trọng trong quá trình liền vết thương và sự hồi phục của người bệnh.<sup>13</sup> Đặc biệt các người bệnh trong nghiên cứu cũng không được cung cấp đầy đủ các loại acid amin cần thiết như Arginine hay DHA, EPA, Selen những chất đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc phòng chống và hạn chế suy mòn ung thư.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh ung thư đại trực tràng đang ở mức khá cao, cùng với đó là tình trạng giảm cân sau phẫu thuật, chế độ ăn chưa đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị từ ngày thứ 4 sau phẫu thuật. Vì vậy, cần có những can thiệp dinh dưỡng phù hợp đặc biệt là chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (WHO). Global

action against cancer, Geneva, Switzerland. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43203>

2. International Agency for Research on Cancer (IARC). New Global cancer data. <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>

3. Monika Zeietarska, Joanna Krawczyk, Renata Zaucha. Nutrition status assessment in colorectal cancer patients qualified to systemic treatment, *Nutr aid*, 2017; 21(2): 157 - 161

4. Burden ST, Hill J, Shaffer JL, Todd C.J. Nutritional status of preoperative colorectal cancer patients. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc*, 2010 Aug; 23(4):402 - 7

5. Patel HJ, Patel BM. TNF - alpha and cancer cachexia: molecular insights and clinical implications. *Life Sci* 2017;170:56e63

6. Garth AK, Newsome CM, Simmance. Nutritional status, nutrition practices and post - operative complications in patients with gastrointestinal cancer. *J Hum Nutr Diet*, 2010 Aug; 23(4):393 - 401

7. Nguyễn Thị Thanh. Thực trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của người bệnh ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, *luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội*, 2017

8. Beattie A.H, Prach A.T, Baxter J.P. A randomised controlled trial evaluating the use of enteral nutritional supplements postoperatively in malnourished surgical patients, *Gut*, 2000,46 (6), 813 - 818

9. Gupta D., Lis C.G., Granick K. Malnutrition was associated with poor quality of life in colorectal cancer: a retrospective analysis. *J Clin Epidemiol*, 2006,59 (7), 704 - 709

10. Chu Thị Tuyết. Hiệu quả dinh dưỡng

toàn diện cho người bệnh phẫu thuật ổ bụng - tiêu hoá mỡ có chuẩn bị tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2013. *Luận án tiến sĩ, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương*, Hà Nội

11. Dương Thị Phương, Nguyễn Thị Thuý Linh, Lê Thị Hương (2016). Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2016, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 106 (1) - 2017

12. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017;36(1):11e48.

13. Marimuthu K, Varadhan KK, Ljungqvist O. A meta - analysis of the effect of combinations of immune modulating nutrients on outcome in patients undergoing major open gastrointestinal surgery. *Ann Surg* 2012;255(6):1060e8

14. Viện Dinh dưỡng (2016), Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam, *Nhà xuất bản Y học*.

15. HU wH, Lemarie E, Michallet M, de Montreuil CB, Schneider SM, Goldwasser F. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPparenter Enteral Nutr* 2014;38(2):196e204

16. Geirsdottir G and Thorsdottir I. Nutritional status of cancer patients in chemotherapy; dietary intake, nitrogen balance and screening. 2008, *Food Nutr Res*, 52 (0)

17. Surwillo A and Wawrzyniak A. Nutritional assessment of selected patients with cancer. *Rocz Panstw Zakl Hig*, 2013, 64 (3), 225 - 233

18. Tu M. - Y, Chien T. - W, Chou M. - . Using a nutritional screening tool to evaluate the nutritional status of patients with colorectal cancer. *Nutr Cancer*, 2012, 64(2), 323 - 330



## Summary

# NUTRITIONAL STATUS AND FEEDING OF PREOPERATIVE AND 7 DAYS POSTOPERATIVE PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER AT THE NATIONAL CANCER HOSPITAL, 2018 - 2019.

A cross - sectional study was conducted among 100 patients with colorectal cancer at the National cancer hospital between 2018 - 2019 to assess nutritional status of colorectal cancer preoperative and postoperative colorectal patients and their dietary intake during 7 days - post operation. The results showed that 55% of hospitalized patients were at risk of malnutrition according SGA tool, 36% of hospitalized patients had malnutrition according to the Albumin index. The percentage of patients who lost weight within 6 months and 1 month were 80% and 79% respectively, in which 11% patients lost more than 10% body weight. Additionally, the research also demonstrated that after 7 days of operation, the proportion of malnutrition patients increase to 8%, as well as the portion of over weight patients decrease to 3%. 92% patients lost weight compared to before and after surgery, the average weight lost was  $1.86 \pm 1.09$  kg. For patients in the postoperative period, there was average 6.3 days fed by parenteral nutrition. Oral intake average started at  $3.3 \pm 2.4$  days. The proportion of patients meeting the energy recommendation was miserable. Diet for surgical patients was insufficient in terms of mineral and vitamins.

**Keywords:** nutritional status, nourishment, colorectal cancer, surgery.