

- Endocr J, 2020. 67(8): p. 859-868.
- Dhillon-Smith, R.K., A. Tobias, P.P. Smith, L.J. Middleton, K.K. Sunner, K. Baker, et al.,** The Prevalence of Thyroid Dysfunction and Autoimmunity in Women With History of Miscarriage or Subfertility. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2020. 105(8): p. 2667-2677.
 - Huang, Y., B. Xie, J. Li, F. Hang, Q. Hu, Y. Jin, et al.,** Prevalence of thyroid autoantibody positivity in women with infertility: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*, 2024. 24(1): p. 630.
 - Taylor, P.N., D. Albrecht, A. Scholz, G. Gutierrez-Buey, J.H. Lazarus, C.M. Dayan, et al.,** Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nat Rev Endocrinol*, 2018. 14(5): p. 301-316.
 - Chen, C.W., Y.L. Huang, C.R. Tzeng, R.L. Huang, and C.H. Chen,** Idiopathic Low Ovarian Reserve Is Associated with More Frequent Positive Thyroid Peroxidase Antibodies. *Thyroid*, 2017. 27(9): p. 1194-1200.
 - Akande, A.A., I.A. Isah, I.S. Aliyu, and A.G. Adesiyun,** Thyroid dysfunction in women of reproductive age: laboratory protocol for infertility evaluation. *Ann Ib Postgrad Med*, 2022. 20(1): p. 53-57.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐỘ DÀY CƠ TỨ ĐẦU ĐÙI TRÊN SIÊU ÂM VỚI TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ BIẾN CHỨNG SỚM CỦA PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Huỳnh Văn Bình¹, Lương Toàn Hoàng Long¹,
Nguyễn Trọng Thắng¹, Chung Hoàng Phương¹, Nguyễn Đoàn Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ung thư đại trực tràng làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ, đặc biệt là nhiễm khuẩn và chậm lành vết thương. Đo độ dày cơ tứ đầu đùi bằng siêu âm là một phương pháp khả thi để đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước mổ và dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 93 bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng chương trình từ tháng 06/2023 đến tháng 06/2024, tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Tất cả các trường hợp có chỉ định phẫu thuật được đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật bằng thang điểm PG-SGA và đo độ dày cơ tứ đầu đùi bằng siêu âm, theo dõi biến chứng sớm từ sau phẫu thuật cho đến khi ra viện. Biến số kết cục chính là mối tương quan giữa độ dày cơ với tình trạng dinh dưỡng (thông qua điểm PG-SGA) và biến chứng sớm sau phẫu thuật. **Kết quả:** Biến chứng sớm sau phẫu thuật thường gặp nhất là viêm phổi và tràn dịch màng phổi. Đa số mức độ nặng theo Clavien-Dindo là I và II. Mức độ IIIa chỉ có 3,2% người bệnh. Độ dày trung bình cơ tứ đầu đùi là $1,61 \pm 0,44$ cm. Giảm độ dày cơ tứ đầu đùi có mối tương quan với điểm PG-SGA ($r = -0,49$) và nguy cơ biến chứng tăng cao ($p < 0,001$). Tại điểm cắt $\leq 1,11$ cm, độ dày cơ tứ đầu đùi dự báo chính xác biến chứng sớm sau phẫu thuật với diện tích dưới đường cong ROC là 0,95, độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 90,3%. **Kết luận:** Độ dày cơ tứ đầu đùi là một chỉ số quan trọng trong việc đánh giá dinh dưỡng và

dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng. Việc kết hợp đánh giá dinh dưỡng trước phẫu thuật bằng PG-SGA và đo độ dày cơ tứ đầu đùi bằng siêu âm có thể giúp cải thiện kết quả điều trị và giảm nguy cơ biến chứng. **Từ khóa:** siêu âm cơ tứ đầu đùi, suy dinh dưỡng, PG-SGA, biến chứng sớm sau phẫu thuật, phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN QUADRICEPS FEMORIS MUSCLE THICKNESS ON ULTRASOUND WITH NUTRITIONAL STATUS AND EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN COLORECTAL CANCER SURGERY

Introduction: Preoperative malnutrition in colorectal cancer increases the risk of postoperative complications, particularly infections and delayed wound healing. Ultrasound measurement of quadriceps femoris muscle thickness is a feasible method for assessing preoperative nutritional status and predicting early postoperative complications. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 93 patients undergoing elective colorectal cancer surgery from June 2023 to June 2024 at Nhan dan Gia Dinh Hospital. All patients indicated for surgery were assessed for preoperative nutritional status using the PG-SGA score, and quadriceps femoris muscle thickness was measured via ultrasound. Early complications were monitored from the postoperative period until hospital discharge. The primary outcome variables were the correlation between muscle thickness and nutritional status (via PG-SGA score) and early postoperative complications. **Results:** The most common early postoperative complications were pneumonia and pleural effusion. The majority of complications, as classified by the Clavien-Dindo classification, were grade I and II, with only 3.2% of patients experiencing grade IIIa. The

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Bình

Email: binhhv@bvndgiadinh.org.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

average quadriceps femoris muscle thickness was 1.61 ± 0.44 cm. Decreased muscle thickness correlated with PG-SGA score ($r = -0.49$) and increased risk of complications ($p < 0.001$). At a cutoff of ≤ 1.11 cm, quadriceps femoris muscle thickness accurately predicted early postoperative complications, with an area under the ROC curve of 0.95, sensitivity of 66.7%, and specificity of 90.3%. **Conclusion:** Quadriceps femoris muscle thickness is an important indicator in assessing nutritional status and predicting early postoperative complications in colorectal cancer surgery. Combining preoperative nutritional assessment using PG-SGA with ultrasound measurement of quadriceps femoris muscle thickness can improve treatment outcomes and reduce the risk of complications. **Keywords:** quadriceps femoris muscle ultrasound, malnutrition, PG-SGA, early postoperative complications, colorectal cancer surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh ung thư đại trực tràng thường kèm theo suy dinh dưỡng do sụt cân và ăn uống không đủ nhu cầu. Phẫu thuật trên các người bệnh này thường kèm theo nguy cơ biến chứng và tử vong trong giai đoạn sau phẫu thuật¹. Việc áp dụng nhiều công cụ đơn giản, rẻ tiền, có thể thực hiện nhiều lần để đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật ung thư đại trực tràng là cần thiết².

Thang điểm SGA và PG-SGA được nhiều nghiên cứu áp dụng, trong đó PG-SGA được áp dụng nhiều hơn vì có nhiều ưu điểm hơn, có khả năng dự báo tình trạng dinh dưỡng mạnh hơn SGA với độ nhạy và độ đặc hiệu cao². Tuy nhiên, cả hai công cụ này đều được đánh giá dựa trên bệnh sử sụt cân, các nhận định chủ quan về thay đổi ăn uống, hoạt động thể lực và mức độ teo cơ, có thể dẫn đến sai lệch kết quả đánh giá.

Siêu âm khối cơ đang ngày càng được sử dụng nhiều trong các trung tâm hồi sức để đánh giá khối lượng cơ thể trung tâm cho các người bệnh ngoại khoa³. Có nhiều nhóm cơ được nghiên cứu để đánh giá mức độ tương quan với khối lượng cơ của toàn cơ thể. Trong đó, cơ tứ đầu đùi thường được lựa chọn do có tương quan tốt trong đánh giá sức cơ của người bệnh⁴. Việc sử dụng siêu âm cơ tứ đầu đùi không chỉ giúp đánh giá được khối lượng cơ trước phẫu thuật mà còn có thể theo dõi được tình trạng teo cơ, từ đó giúp việc lựa chọn biện pháp can thiệp dinh dưỡng phù hợp⁵. Giảm độ dày khối cơ tứ đầu đùi đã được ghi nhận có liên hệ với nhiều kết cục bất lợi cho người bệnh. Trên cơ sở đó, nghiên cứu nhằm xác định độ dày khối cơ tứ đầu đùi có mối tương quan với tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật và có khả năng dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

Mục tiêu của nghiên cứu:

- Xác định độ dày khối cơ tứ đầu đùi bằng siêu âm của người bệnh trước phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

- Xác định mối tương quan giữa độ dày khối cơ tứ đầu đùi trên siêu âm với tình trạng dinh dưỡng theo phân độ PG-SGA của người bệnh trước phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

- Xác định tỉ lệ biến chứng sớm của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

- Xác định giá trị dự báo của độ dày khối cơ tứ đầu đùi với biến chứng sớm của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp cắt ngang mô tả thực hiện trên người bệnh có chỉ định phẫu thuật ung thư đại trực tràng có chuẩn bị, từ 6/2023 đến tháng 05/2024 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. Cỡ mẫu được tính dựa trên tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật theo y văn dao động 13–32%^{6,7} và theo báo cáo tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định năm 2013 là 13%⁷. Với $\alpha = 0,05$ và $\beta = 0,02$, cỡ mẫu tối thiểu cần 60 trường hợp; để bảo đảm có ít nhất 20 trường hợp có biến chứng, nghiên cứu đã tuyển 93 bệnh nhân đưa vào phân tích. Người bệnh được chọn khi ≥ 18 tuổi và có chỉ định phẫu thuật nội soi ung thư đại trực tràng có chuẩn bị; loại trừ khi đồng thời phẫu thuật cơ quan khác.

Người bệnh đủ tiêu chuẩn được khám sàng lọc, giải thích nghiên cứu và ký cam kết đồng ý tham gia. Sau đó, bệnh nhân được đánh giá dinh dưỡng bằng thang PG-SGA. Sáng ngày phẫu thuật, trước khi vào phòng mổ, người bệnh được siêu âm đo độ dày khối cơ tứ đầu đùi ở hai chân và lấy trung bình làm giá trị đánh giá. Độ dày cơ được định lượng theo đơn vị cm và cũng được phân loại thành biến số định tính khi $\leq 1,64$ cm. Người bệnh được theo dõi biến chứng sớm từ sau phẫu thuật đến khi xuất viện



Hình 1. Lưu đồ nghiên cứu

Biến số kết cục chính là biến chứng sớm sau phẫu thuật (có/không), được xác định khi xuất hiện ít nhất một trong các biến chứng: biến chứng hô hấp, nhiễm khuẩn vùng phẫu thuật, rò tiêu hóa hoặc tử vong. Mức độ nặng được phân loại theo thang Clavien–Dindo gồm 5 mức độ⁸. Biến số kết cục phụ gồm mối tương quan giữa độ dày khối cơ và điểm PG-SGA, khả năng dự đoán biến chứng của từng thang đo thông qua diện tích dưới đường cong ROC (AUC), độ nhạy – đặc hiệu và điểm cắt tối ưu dựa vào chỉ số Youden.

Các biến chứng thành phần được mô tả cụ thể: biến chứng hô hấp bao gồm nhiễm khuẩn hô hấp, suy hô hấp, tràn dịch màng phổi, xẹp phổi, tràn khí màng phổi, co thắt phế quản và viêm phổi hít; nhiễm khuẩn vùng mổ gồm nhiễm khuẩn vết mổ nông hoặc áp xe ổ bụng; rò tiêu hóa được xác định bằng hình ảnh MSCT; tử vong bao gồm cả trường hợp hấp hối xin về. Các chỉ số khác như thời gian nằm viện và tổng chi phí điều trị cũng được ghi nhận.

Dữ liệu được xử lý bằng Stata v18.0 (số đăng ký: 301809367830). Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị – khoảng tứ phân vị tùy phân phối. Kiểm định Kolmogorov–Smirnov được dùng để đánh giá phân phối chuẩn. Tương quan giữa độ dày khối cơ và điểm PG-SGA được phân tích bằng hệ số tương quan Pearson. So sánh độ dày cơ giữa nhóm có và không có biến chứng dùng t-test hoặc Mann-Whitney. Khả năng dự đoán biến chứng của PG-SGA và độ dày cơ được đánh giá bằng ROC, trích xuất điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu và LR+. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhân dân Gia Định chấp thuận theo Quyết định số 27/CN-HĐĐĐ ngày 17/02/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng nghiên cứu sàng lọc được 112 đối tượng, thu tuyển 97 người bệnh và loại 4 trường hợp phẫu thuật phổi hợp, còn 93 bệnh nhân ung thư đại trực tràng đưa vào phân tích. Nam giới chiếm 51%, nữ 49%; tuổi trung bình 64 ± 11 năm, cân nặng $57,3 \pm 10,3$ kg và chiều cao $159,1 \pm 7,2$ cm. Phân loại ASA gồm 49% mức 2 và 51% mức 3. Các bệnh kèm thường gặp gồm tăng huyết áp 57%, hội chứng vành mạn 29%, đái tháo đường típ 2 là 26,9%, COPD 5,4%, hen 2,2% và bệnh thận mạn 2,2%.

Tất cả ca mổ đều nội soi, thời gian phẫu thuật trung bình 249 ± 74 phút, lượng máu mất 50 (50–100) mL. Vị trí phẫu thuật gồm đại tràng

phải 34,4%, sigma 25,8%, trực tràng 23,7%, đại tràng trái 9,7%, đại trực tràng 4,3% và đại tràng ngang 2,2%.

Về dinh dưỡng trước mổ, BMI trung bình $22,56 \pm 3,33$ kg/m², sụt cân 6 tháng là 2% (1–5%), ăn <50% nhu cầu 28%. Teo cơ gặp ở 58,1% bệnh nhân và thiếu máu ở 53,8%.

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng trước mổ theo điểm PONs

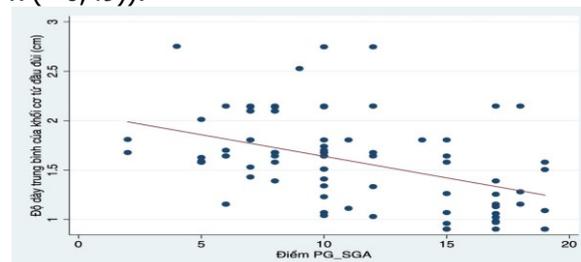
Đặc điểm	Kết quả (n=93)
Chỉ số khối cơ thể < 18,5 hoặc < 20 (NB > 65 tuổi)	19 (20,4)
Sụt cân >10% trong vòng 6 tháng	18 (19,4)
An đường miệng giảm >50%	26 (28)
Albumin máu <30 g/L	13 (14)
Điểm PONs	
0	53 (57)
1	20 (21,5)
2	7 (7,5)
3	10 (10,8)
4	3 (3,2)

Dinh dưỡng tăng cường trước mổ là 93 trường hợp (100%). Thời gian hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ là 1 (1 – 4) ngày, trong đó nhóm hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ < 7 ngày, 7 – 14 ngày, và > 14 ngày lần lượt là 77 trường hợp (82,8%), 15 trường hợp (16,1%), và 1 trường hợp (1,1%).

Mối tương quan của độ dày khối cơ với điểm PG-SGA. Điểm PG-SGA trung bình là 10 ± 4 , trong đó PG-SGA nhóm A, B, và C lần lượt là 2 trường hợp (2,2%), 41 trường hợp (44,1%), và 50 trường hợp (53,8%).

Độ dày khối cơ. Độ dày khối cơ trung bình là $1,61 \pm 0,44$ cm. Độ dày trung bình của khối cơ tứ đầu đùi trên siêu âm của chân trái thấp hơn chân phải, của nữ thấp hơn nam, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Mối tương quan giữa độ dày khối cơ với điểm PG-SGA. Độ dày trung bình khối cơ có tương quan nghịch với điểm PG-SGA. Điểm PG-SGA càng cao thì độ dày trung bình khối cơ càng giảm, với hệ số tương quan $r = - 0,49$. Độ dày trung bình khối cơ (cm) = $2,08 + (\text{điểm PG-SGA} \times (- 0,49))$.

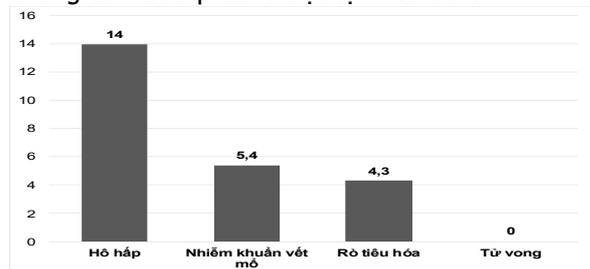


Biểu đồ 1. Tương quan Pearson giữa độ

dày trung bình khối cơ tứ đầu đùi với điểm PG-SGA

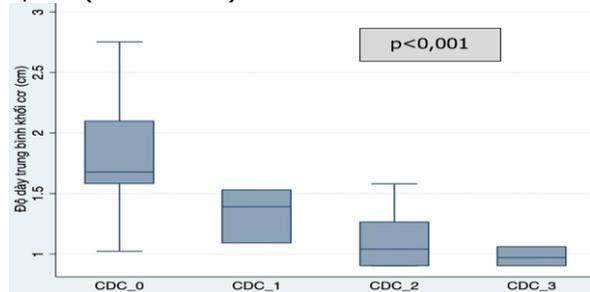
Biến chứng sớm sau phẫu thuật. Biến chứng sớm sau phẫu thuật có 21 trường hợp (22,6%), trong đó mức độ I, II, và IIIa lần lượt là 3 trường hợp (3,2%), 15 trường hợp (16,1%) và 3 trường hợp (3,2%). Không có trường hợp nào biến chứng sớm sau phẫu thuật mức IIIb, IV và V.

Trong các trường hợp biến chứng sớm sau phẫu thuật, biến chứng hô hấp là cao nhất, 13 trường hợp (14%), trong đó viêm phổi là 10 trường hợp (10,8%) và tràn dịch màng phổi là 3 trường hợp (3,2%). Mô tả chi tiết tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật tại Biểu đồ 3.2.



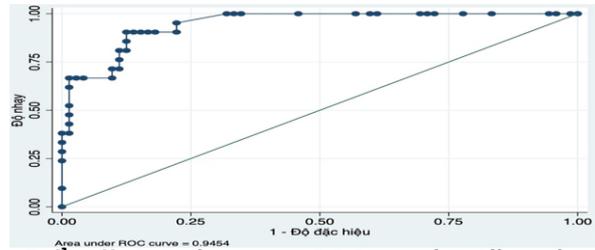
Biểu đồ 2. Phân bố tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật

Giá trị dự báo của độ dày khối cơ với biến chứng sớm sau phẫu thuật. Độ dày cơ trung bình của nhóm không biến chứng cao hơn nhóm có biến chứng ($1,75 \pm 0,38$ so với $1,11 \pm 0,21$; $p < 0,001$). Nhóm có độ dày cơ thấp chiếm 49,5%, trong đó 45,7% gặp biến chứng, trong khi nhóm $\geq 1,64$ cm không có trường hợp nào. Độ dày cơ thấp làm tăng nguy cơ biến chứng gấp 2,88 lần (KTC 95%: 2,09–3,95; $p < 0,001$). Đồng thời, độ dày khối cơ của nhóm biến chứng sớm sau phẫu thuật mức 0, I, II, và IIIa lần lượt là $1,75 \pm 0,39$, $1,34 \pm 0,23$, và $0,98 \pm 0,08$. Độ dày khối cơ càng giảm thì mức độ nặng của biến chứng sớm sau phẫu thuật càng tăng với $p < 0,001$ (Biểu đồ 3.3).



Biểu đồ 3. Mối liên quan giữa độ dày trung bình khối cơ với mức độ nặng của biến chứng sớm sau phẫu thuật

Giá trị dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật của độ dày khối cơ

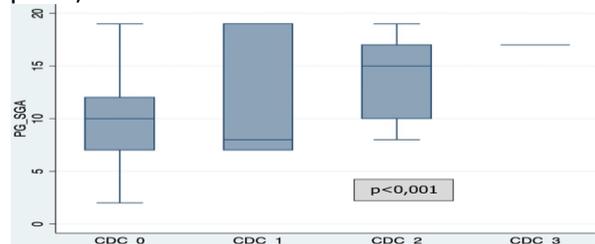


Biểu đồ 4. Đường cong ROC dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật của độ dày khối cơ

Phần diện tích dưới đường cong ROC là 0,95 (KTC 95% 0,91 – 0,99), $p < 0,001$. Khả năng dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật của độ dày khối cơ là rất tốt. Tại điểm cắt $\leq 1,11$ cm, khả năng dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật có độ nhạy là 66,7%, độ đặc hiệu là 90,3%, và độ chính xác là 85%.

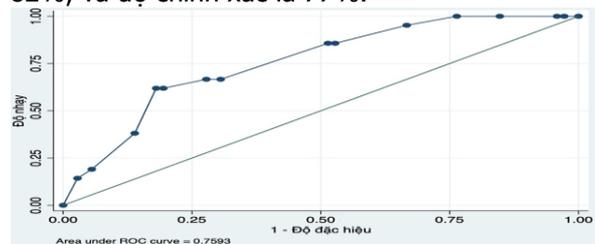
Giá trị dự báo của điểm PG-SGA với biến chứng sớm sau phẫu thuật. Điểm PG-SGA trung bình của nhóm có biến chứng sớm sau phẫu thuật cao hơn nhóm không biến chứng, lần lượt là 14 ± 4 so với 10 ± 4 với $p = 0,001$.

Đồng thời, điểm PG-SGA trung bình càng cao thì mức độ nặng của biến chứng sớm sau phẫu thuật càng cao. Điểm PG-SGA trung bình của biến chứng sớm sau phẫu thuật mức độ 0, I, II, và IIIa lần lượt là 10 ± 4 , 11 ± 6 , 14 ± 3 , và 17 , $p < 0,001$.



Biểu đồ 5. Phân bố điểm PG-SGA trung bình theo mức độ nặng của biến chứng sớm sau phẫu

Phần diện tích dưới đường cong ROC là 0,76 (KTC 95% 0,65 – 0,87), $p < 0,001$. Khả năng dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật của điểm PG-SGA là trung bình. Tại điểm cắt ≥ 15 , khả năng dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật của điểm PG-SGA có độ nhạy là 62%, độ đặc hiệu là 82%, và độ chính xác là 77%.



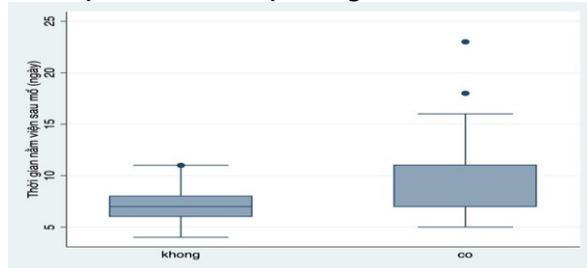
Biểu đồ 6. Đường cong ROC dự báo biến

chứng sớm sau phẫu thuật của điểm PG-SGA

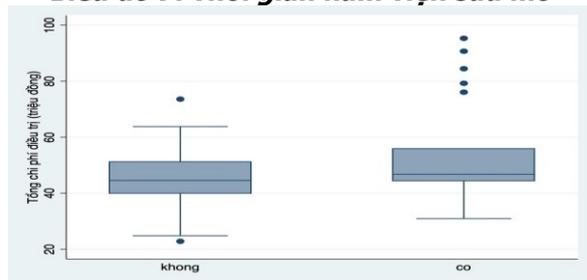
Kết quả điều trị. Thời gian nằm viện sau mổ của nhóm có biến chứng sớm sau phẫu thuật cao hơn nhóm không biến chứng, lần lượt là 10 ± 4 so với 7 ± 1 với p < 0,001.

Tổng chi phí điều trị của nhóm có biến chứng sớm sau phẫu thuật cao hơn nhóm không biến chứng, lần lượt là 54,8 ± 18 so với 44,7 ± 9 triệu đồng với p < 0,001.

So với nhóm không biến chứng, nhóm có biến chứng sớm sau phẫu thuật có thời gian nằm viện sau phẫu thuật cao hơn 3 ngày, và chi phí điều trị cao hơn 10 triệu đồng.



Biểu đồ 7. Thời gian nằm viện sau mổ



Biểu đồ 8. Tổng chi phí điều trị

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này ghi nhận mối tương quan nghịch giữa điểm PG-SGA và độ dày khối cơ tứ đầu đùi (r = -0,49), cho thấy mức độ suy dinh dưỡng càng nặng thì khối cơ càng giảm và nguy cơ biến chứng càng cao. Ngưỡng PG-SGA ≥ 15 dự báo biến chứng với độ nhạy 62%, độ đặc hiệu 82% và độ chính xác 77%, tương đồng với kết luận của Poziomyck (2016)² về giá trị tiên lượng mạnh của PG-SGA ở bệnh nhân ung thư. Tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật trong nghiên cứu là 22,6%, chủ yếu mức độ I-II; biến chứng độ IIIa chỉ chiếm 3,2%. So sánh với Mai Phan Tường Anh (2013)⁷, tỷ lệ biến chứng thấp hơn, gợi ý rằng đánh giá và can thiệp dinh dưỡng trước mổ đã góp phần cải thiện kết quả.

Độ dày khối cơ tứ đầu đùi cho thấy khả năng dự báo biến chứng vượt trội với AUC 0,95 (KTC 95%: 0,91-0,99; p < 0,001). Tại điểm cắt ≤ 1,11 cm, độ nhạy đạt 66,7%, độ đặc hiệu 90,3%

và độ chính xác 85%. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy mất cơ (sarcopenia) liên quan chặt chẽ với biến chứng và tiên lượng xấu sau phẫu thuật, như Galindo Martín (2018)⁹ và Toledo (2020)¹⁰ cũng ghi nhận độ dày khối cơ thấp là yếu tố dự báo tử vong quan trọng (AUC = 0,7). So với albumin hoặc BMI, siêu âm đo độ dày cơ phản ánh trực tiếp và chính xác hơn tình trạng khối cơ, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân ngoại khoa và ung thư đại trực tràng. Phương pháp này không xâm lấn, dễ thực hiện và lặp lại nhiều lần, giúp theo dõi tiến triển dinh dưỡng và hỗ trợ điều chỉnh điều trị.

Bảng 2: So sánh kết quả nghiên cứu với y văn

Nghiên cứu	Độ dày khối cơ (cm)	Biến chứng (%)	Hệ số r của PG-SGA với độ dày khối cơ
NC hiện tại	1,61 ± 0,44	22,6	r = -0,49
Galindo Martin (2018) ⁹	1,64 ± 0,41	25	r = -0,48
Toledo (2020) ¹⁰	≤ 1,64	30	r = -0,50

Trong khi đó, điểm PG-SGA trung bình của nhóm có biến chứng cao hơn rõ rệt nhóm không biến chứng (14 ± 4 so với 10 ± 4; p = 0,001), cho thấy PG-SGA có giá trị tiên lượng tốt. PG-SGA đạt AUC 0,76 (KTC 95%: 0,65-0,87; p < 0,001), thấp hơn độ dày khối cơ nhưng vẫn vượt trội hơn các chỉ số truyền thống. Tuy nhiên, PG-SGA dựa trên các yếu tố chủ quan như khẩu phần ăn, mức độ hoạt động hay triệu chứng tiêu hóa, nên có thể thiếu chính xác trong một số trường hợp. Dù vậy, PG-SGA vẫn là công cụ toàn diện, đánh giá cả yếu tố bệnh lý nền và suy dinh dưỡng mạn tính, đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu². So sánh hai chỉ số, độ dày khối cơ có AUC cao hơn (0,95 so với 0,76) và log-likelihood ít âm hơn, cho thấy tính chính xác cao hơn trong dự báo biến chứng sớm. Ngược lại, PG-SGA mang tính toàn diện hơn, phản ánh sức khỏe tổng thể và mức độ suy dinh dưỡng lâu dài.

Nghiên cứu còn một số hạn chế bao gồm: số lượng mẫu nghiên cứu còn hạn chế, chưa thể đại diện hoàn toàn cho cộng đồng người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng; nghiên cứu chưa so sánh đầy đủ giữa các phương pháp đánh giá dinh dưỡng khác như NRS-2002 hay CONUT. Tuy nhiên các kết quả bước đầu cho thấy hiệu quả trong việc phối hợp cả hai phương pháp có thể mang lại khả năng tiên lượng tối ưu: siêu âm cơ cung cấp đánh giá khách quan về sarcopenia, trong khi PG-SGA hỗ trợ đánh giá toàn diện tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan.

V. KẾT LUẬN

Độ dày cơ tứ đầu đùi là một chỉ số quan trọng trong việc đánh giá dinh dưỡng và dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng. Kết hợp đánh giá dinh dưỡng bằng PG-SGA và đo độ dày cơ tứ đầu đùi bằng siêu âm có thể giúp cải thiện kết quả điều trị và giảm nguy cơ biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barret M, Malka D, Aparicio T, et al. Nutritional status affects treatment tolerability and survival in metastatic colorectal cancer patients: results of an AGEO prospective multicenter study. *Oncology*. 2011;81(5-6):395-402. doi:10.1159/000335478
2. Poziomyck AK, Fruchtenicht AV, Kabke GB, Volkweis BS, Antoniazzi JL, Moreira LF. Reliability of nutritional assessment in patients with gastrointestinal tumors. *Rev Col Bras Cir*. May-Jun 2016;43(3):189-97. doi:10.1590/0100-69912016003006
3. Looijaard W, Molinger J, Weijs PJM. Measuring and monitoring lean body mass in critical illness. *Curr Opin Crit Care*. Aug 2018; 24(4): 241-247. doi:10.1097/MCC. 0000000000000511
4. Parry SM, El-Ansary D, Cartwright MS, et al. Ultrasonography in the intensive care setting can be used to detect changes in the quality and quantity of muscle and is related to muscle strength and function. *J Crit Care*. Oct 2015; 30(5): 1151 e9-14. doi:10.1016/j.jcrc.2015. 05.024
5. Zusman O, Singer P. Resting energy expenditure and optimal nutrition in critical care: how to guide our calorie prescriptions. *Crit Care*. Jun 5 2017;21(1):128. doi:10.1186/s13054-017-1717-y
6. Shearer R, Gale M, Aly OE, Aly EH. Have early postoperative complications from laparoscopic rectal cancer surgery improved over the past 20 years? *Colorectal Dis*. 2013;15(10):1211-26. doi:10.1111/codi.12302
7. Mai Phan Tường Anh, Huỳnh Thanh Nhứt, Nguyễn Văn Hải. Đánh giá sự phục hồi sau mổ của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2013;17(6):198-202.
8. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. Aug 2004;240(2): 205-13. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae
9. Galindo Martin CA, Ubeda Zelaya RDC, Monares Zepeda E, Lescas Mendez OA. ROUNDS Studies: Relation of Outcomes with Nutrition Despite Severity-Round One: Ultrasound Muscle Measurements in Critically Ill Adult Patients. *J Nutr Metab*. 2018;2018:7142325. doi:10.1155/2018/7142325
10. Toledo DO, Freitas BJ, Dib R, et al. Peripheral muscular ultrasound as outcome assessment tool in critically ill patients on mechanical ventilation: An observational cohort study. *Clin Nutr ESPEN*. Jun 2021;43:408-414. doi:10.1016/j.cnesp.2021. 03.015

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG LÁC NGOÀI TỪNG LÚC CÓ ĐỘ LÁC NHỎ

Lê Thị Liên^{1,3}, Phạm Thị Minh Châu², Hoàng Cương^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lác ngoài từng lúc có độ lác nhỏ. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân lác ngoài từng lúc khám tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025. **Kết quả:** 32 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với tỉ lệ nam 59,4% và nữ 40,6%, độ tuổi trung bình là 9,1±3,1 tuổi. Có 24 bệnh nhân (chiếm 75%) phát hiện lác trước 6 tuổi và 28,1% bệnh nhân có thời gian biểu hiện lác tăng theo thời gian. 50/64 mắt (78,1%) có tật khúc xạ đi kèm, trong đó cận thị hay gặp nhất (54,7%). Thị lực sau chỉnh kính cải thiện rõ rệt. Độ lác xa trung bình là 16,66±4,09PD, độ lác gần trung bình 15,50±4,38PD. Hình thái lác ngoài cơ bản chiếm tỉ lệ lớn nhất 87,5%,

có 12,5% lác ngoài quá mức phân kỳ. Điểm kiểm soát Newcastle trung bình 3,94±0,95. Mức độ kiểm soát tốt chiếm 28,1% và trung bình 71,9%. 100% bệnh nhân có thị giác hai mắt trong đó có 28 bệnh nhân (87,5%) có thị giác lập thể với mức độ trung bình 153,93±153,003 giây cung. **Kết luận:** Lác ngoài từng lúc thường khởi phát trước 6 tuổi trong đó hình thái lác ngoài từng lúc cơ bản chiếm tỉ lệ lớn. Bệnh nhân thường có thị giác hai mắt nhưng biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau. **Từ khóa:** lác ngoài từng lúc, điểm kiểm soát Newcastle

SUMMARY**CLINICAL CHARACTERISTICS OF INTERMITTENT EXOTROPIA WITH SMALL DEVIATION**

Objective: To describe the clinical characteristics of intermittent exotropia with small deviation. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 32 patients with intermittent exotropia examined at the Vietnam National Eye Hospital from May 2025 to September 2025. **Results:** 32 patients participated with a male-to-female ratio of 59,4% to 40,6% and an average age of 9,12 ± 3,1 years. Twenty-four patients (75%) presented with exotropia before the age of 6 and 28,1% showed

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế

²Bệnh viện Mắt Trung ương

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Liên

Email: ltlien@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025