

V. KẾT LUẬN

Ở tuổi già tỷ lệ nữ giới thoái hoá khớp gối cao hơn tỷ lệ nam giới. Hình ảnh thoái hoá khớp gối hay gặp nhất là tổn thương tràn dịch khớp chiếm tỷ lệ 90%. Tổn thương gai xương chiếm tỷ lệ 80%. Hình ảnh tổn thương dây chằng và vôi hoá bao hoạt dịch ít gặp hơn chiếm tỷ lệ 25%. Diện tỳ đề lỗi cầu trong và mâm chày trong là nơi có tỷ lệ tổn thương sụn nhiều nhất 60% và mức độ tổn thương cũng nặng nhất, tỷ lệ tổn thương sụn độ III chiếm 30%. Tổn thương dây chằng khớp gối gặp nhiều nhất tại vị trí dây chằng chéo trước chiếm 12,5% và tổn thương đứt hoàn toàn chiếm 10%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fransen M, L. Bridgett, L. March et al** (2011). The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *Int J Rheum Dis*, 14 (2), 113-121
2. **Lan T.H.P, Thai Q.L, Linh D.M** (2014). Prevalence of radiographic osteoarthritis of the knee and its relationship to self-reported pain. *PlotOne*, 9, e94563.
3. **Bùi Hải Bình** (2016). Nghiên cứu điều trị bệnh

thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

4. **Trần Ngọc Ân và Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2004). Thoái hóa khớp (hư khớp) và thoái hóa cột sống. *Bệnh học nội khoa tập I (dùng cho đối tượng sau đại học)*. Nhà XB Y học. 422-435.
5. **Guermazi A, Niu J, Havashi D, et al** (2012). Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham osteoarthritis study). *BMJ*, 345, e5339.
6. **Đinh Thị Diệu Hằng** (2013) Nghiên cứu thực trạng bệnh thoái hóa khớp gối và hiệu quả nâng cao năng lực chẩn đoán, xử trí của cán bộ y tế xã tại tỉnh Hải Dương, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Jone G GM, Hynes K,, et al** (2000). Sex and site differences in cartilage development. *Arthritis & Rheumatism*, 43(11), 2543-2549.
8. **Felson D.T, Lawrence R.C, Dieppe P.A** (2000). Osteoarthritis: new insights. Part I: The disease and its risk factor. *Ann Intern Med*, 133, 635-646.
9. **Nguyễn Thị Thanh Phương** (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm và công hưởng từ khớp gối ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối, Luận văn tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội

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 NĂM 2022

Lai Nam Tài^{1,2}, Trương Thanh An¹,
Phạm Nhật Tuấn¹, Đoàn Duy Tân¹

TÓM TẮT

Suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ảnh hưởng trực tiếp đến chỉ định điều trị và phục hồi của bệnh nhân ung thư dạ dày. Do đó bệnh nhân cần được theo dõi và đánh giá tình trạng dinh dưỡng sớm, nâng cao hiệu quả điều trị. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư dạ dày theo PG-SGA tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 92 bệnh nhân ung thư dạ dày nhập viện trong vòng 48 giờ có chỉ định phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư dạ dày theo PG-SGA và BMI là 68,5% và 19,6%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA với trình độ học vấn, giai đoạn bệnh, albumin huyết thanh, hemoglobin, số

lượng tế bào lympho/mm³. **Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật theo PG-SGA ở bệnh nhân ung thư dạ dày khá cao. Cần tiến hành sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư dạ dày, kết hợp giữa bác sĩ ngoại khoa và dinh dưỡng viên để góp phần can thiệp dinh dưỡng tốt hơn, tăng hiệu quả điều trị. **Từ khóa:** suy dinh dưỡng, ung thư dạ dày, PG-SGA.

SUMMARY

PREOPERATIVE MALNUTRITION RATE IN STOMACH CANCER PATIENTS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HCMC 2022

Preoperative malnutrition directly affects the indications for treatment and the recovery of stomach cancer patients. Therefore, patients need to be monitored and evaluated early on their nutritional status to improve treatment effectiveness. **Objective:** determine the preoperative malnutrition rate in stomach cancer patients according to PG-SGA at university medicine center hcmc in 2022. **Subjects and methods:** a cross-sectional study on 92 stomach cancer patients hospitalized within 48 hours with the indication for surgery. **Results:** preoperative malnutrition rate in stomach cancer patients according

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Duy Tân

Email: doanduytaan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023

to pg-sga and bmi was 68.5% and 19.6%, respectively. There was a statistically significant relationship between nutritional status according to PG-SGA with education level, disease stage, serum albumin, hemoglobin, and number of lymphocytes/mm³. **Conclusion:** the prevalence of preoperative malnutrition according to PG-SGA in stomach cancer patients is quite high. It is necessary to conduct screening and assessment of nutritional status for patients with stomach cancer, to combine surgeons and dieticians to contribute to better nutritional interventions and increase treatment effectiveness. **Keywords:** malnutrition, stomach cancer, PG-SGA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những loại ung thư (UT) phổ biến trên thế giới với hơn một triệu ca mắc mới và khoảng 769.000 ca tử vong năm 2020 [6]. Tỷ lệ mắc UTDD tại Việt Nam là 9,8% và tỷ lệ tử vong chỉ sau UT gan và UT phổi (11,9%) [7]. Suy dinh dưỡng (SDD) trước phẫu thuật (PT) gây ra những hậu quả tiêu cực trên bệnh nhân (BN) bao gồm tăng nguy cơ nhiễm trùng, tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và giảm chất lượng cuộc sống [4, 5]. Trong khi đó, tỷ lệ SDD ở BN UTDD khá cao, dao động từ 39% - 67% [1, 8]. Do đó, SDD trước PT ở BN UTDD là một vấn đề quan trọng cần được theo dõi và đánh giá. BN được chẩn đoán SDD bằng nhiều công cụ khác nhau như SGA, BMI,... và PG-SGA [3]. PG-SGA được khuyến nghị dùng cho BN UT và đã được đưa vào phác đồ can thiệp dinh dưỡng chính thức ở nhiều nước [2]. Nghiên cứu này được tiến hành tại Khoa Ngoại tiêu hoá, BV ĐHYD nhằm xác định tỷ lệ SDD trước PT và tìm hiểu những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng (TTDD) ở BN UTDD. Từ đó, đề xuất thêm công cụ đánh giá TTDD phù hợp cho bệnh nhân ung thư dạ dày nói riêng và bệnh nhân ung thư nói chung, góp phần tăng hiệu quả điều trị, giảm chi phí, thời gian nằm viện, cải thiện tiên lượng và chất lượng cuộc sống cho BN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 92 bệnh nhân UTDD có chỉ định PT trong 48 giờ tại Khoa Ngoại tiêu hoá, BV ĐHYD TPHCM trong khoảng thời gian từ tháng 04-06/2022 phù hợp với tiêu chí chọn mẫu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Người trưởng thành từ đủ 18 tuổi được chẩn đoán là UTDD có chỉ định PT, đồng ý tham gia nghiên cứu.
- + Có khả năng nghe, hiểu và giao tiếp được.
- + Có hồ sơ lưu trữ tại BV ĐHYD TPHCM.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**
- + Có chỉ định mổ cấp cứu.
- + Bị các khiếm khuyết ảnh hưởng đến nhân trắc: gù vẹo cột sống, không đứng được.

2.2. Biến số nghiên cứu

- TTDD theo PG-SGA [3]:

Bảng 1: Phân loại TTDD theo PG-SGA

Phân loại	Thay đổi cân nặng	Thay đổi khẩu phần	Triệu chứng tiêu hoá	Thay đổi chức năng
PG-SGA A (Dinh dưỡng tốt)	Ổn định hoặc tăng	Không giảm hoặc cải thiện	Không	Không bất thường
PG-SGA B (SDD nhẹ, vừa hoặc có nguy cơ)	Giảm 5% trong 1 tháng hoặc 10% trong 6 tháng	Giảm tiêu thụ	Có sự hiện diện	- Suy giảm mức độ vừa hoặc - Mất lớp mỡ dưới da hoặc teo cơ vừa
PG-SGA C (SDD nặng)	Giảm >5% trong 1 tháng hoặc >10% trong 6 tháng	Thiếu nghiêm trọng		- Suy giảm đột ngột hoặc mức độ nặng; - Mất lớp mỡ dưới da hoặc teo cơ nặng

- TTDD theo BMI:

- + SDD nặng: <16 kg/m²
- + SDD vừa và nhẹ: 16–18,4 kg/m²
- + Bình thường: 18,5–24,9 kg/m²
- + Thừa cân–béo phì: ≥25 kg/m²
- Xét nghiệm cận lâm sàng
- Nồng độ Hemoglobin: bình thường: nam ≥ 130mg/dL; nữ ≥ 120mg/dL, giảm: nam < 130mg/dL; nữ < 120mg/dL.

Số lượng tế bào lympho/mm³: bình thường: khi SLTB lympho/mm³ trong máu ngoại vi >1500/mm³, giảm nhẹ: khi SLTB lympho/mm³ trong máu ngoại vi từ 900-1500/mm³, giảm nặng: khi SLTB lympho/mm³ trong máu ngoại vi < 900/mm³.

Albumin huyết thanh: bình thường: albumin trong huyết thanh > 35 g/L, giảm vừa và nhẹ: albumin trong huyết thanh từ 21 – 35 g/L, giảm nặng: albumin trong huyết thanh < 21 g/L.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

- Nhập liệu bằng phần mềm Epidata, phân tích trên phần mềm Stata 16.0
- Thống kê mô tả: báo cáo tần số và tỷ lệ phần trăm đối với các biến số định tính, trung

bình, độ lệch chuẩn, đối với biến số định lượng có phân phối bình thường.

– Thống kê phân tích: kiểm định chi bình phương hoặc kiểm định chính xác Fisher (thay thế kiểm định chi bình phương khi có trên 20% số ô có vọng trị < 5) để xác định mối liên quan giữa TTDD theo công cụ PG-SGA với đặc điểm dân số xã hội; đặc điểm bệnh lý, chỉ số hoá sinh với ngưỡng bác bỏ giả thuyết Ho là $p < 0,05$. Lượng giá mối liên quan bằng tỷ số tỷ lệ hiện mắc PR với khoảng tin cậy 95%.

2.4. Y Đức. Đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 333/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 22/03/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số xã hội

Bảng 2: Đặc điểm dân số xã hội đối tượng tham gia nghiên cứu (n=92)

Đặc tính		Tần số	Tỷ lệ %
Giới	Nữ	40	43,5
	Nam	52	56,5
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$	GTNN–GTLN	
		61,5±12,1	32–87
Nhóm tuổi	<60 tuổi	39	42,4
	≥60 tuổi	53	57,6
Trình độ học vấn	Cấp 1	23	25,0
	Cấp 2	38	41,3
	Cấp 3 và trên cấp 3	31	33,7
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức	11	12,0
	Công nhân	3	3,3
	Nội trợ	9	9,8
	Nghỉ hưu	36	39,1
	Khác (làm nông, buôn bán, tự do...)	33	35,8

BN là nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ là 56,5%. Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 61,5±12,1 tuổi với 57,5% BN thuộc nhóm từ 60 tuổi trở lên, phù hợp với tỷ lệ 39,1% BN đã nghỉ hưu. Phần lớn BN có trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên với tỷ lệ là 75%.

3.2. Đặc điểm bệnh lý

Bảng 3: Đặc điểm bệnh lý đối tượng tham gia nghiên cứu (n=92)

Đặc tính		Tần số	Tỷ lệ %
Vị trí ung thư	Tâm phình vị	9	9,8
	Thân vị	31	33,7
	Hang môn vị	52	56,5
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	20	21,7
	Giai đoạn II	10	10,9

	Giai đoạn III	42	45,7
	Giai đoạn IV	20	21,7
Tình trạng bệnh lý kèm theo	Không	48	52,2
	Có	44	47,8
	Tăng huyết áp	35	79,6
	Đái tháo đường	23	52,3
	Khác	13	29,6

Hơn 1/2 BN có ung thư tại vùng hang môn vị. Đa phần các đối tượng tham gia nghiên cứu được phát hiện bệnh từ giai đoạn III trở lên với 67,4%. Có 47,8% BN có bệnh lý kèm theo, trong đó chủ yếu là tăng huyết áp chiếm 79,6% và đái tháo đường với 52,3%.

3.3. Các chỉ số hoá sinh

Bảng 4: Các chỉ số hoá sinh (n=92)

Đặc tính		$\bar{X} \pm SD$	GTNN–GTLN
Hemoglobin			
Bình thường	39 (42,4)	114,6±29,6	31–165
Giảm	53 (57,6)		
Albumin huyết thanh			
Bình thường	59 (64,1)	37,2±6,1	21,3–48,0
Giảm	33 (35,9)		
Số lượng tế bào lympho/mm³		Trung vị	Khoảng tứ phân vị
Bình thường	58 (63,0)	1715	1265–2165
Giảm	34 (27,)		

Tỷ lệ BN UTDD có tình trạng giảm hemoglobin, albumin huyết thanh và số lượng tế bào lympho lần lượt là 57,6%, 35,9% và 37%.

3.4. Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư dạ dày trước phẫu thuật

Bảng 5: Phân loại tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân (n=92)

Phương pháp	Phân loại	Tần số	Tỷ lệ %
BMI	Thừa cân–Béo phì	11	12,0
	Bình thường	63	68,4
	SDD vừa và nhẹ	11	12,0
	SDD nặng	7	7,6
PG-SGA	PG-SGA A	29	31,5
	PG-SGA B	35	38,0
	PG-SGA C	28	30,5

Tỷ lệ BN bị SDD theo BMI là 19,6% với BMI trung bình là 21,2±3,6 kg/m². Kết quả đánh giá TTDD theo PG-SGA cho thấy có 68,5% các đối tượng khảo sát bị SDD, trong đó SDD nặng (PG-SGA C) chiếm 30,5%.

3.5. Mối quan hệ giữa tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA và các đặc điểm

Bảng 6: Môi quan hệ giữa tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA và các đặc điểm dân số xã hội (n=92)

Đặc tính	PG-SGA		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	SDD n (%)	Không SDD n (%)		
Giới tính				
Nữ	26 (65,0)	14 (35,0)	0,53	1 1,1 (0,8–1,5)
Nam	37 (71,1)	15 (28,9)		
Nhóm tuổi				
<60 tuổi	23 (59,0)	16 (41,0)	0,09	1 1,3 (0,9–1,7)
≥60 tuổi	40 (75,5)	13 (24,5)		
Trình độ học vấn				
Cấp 1 và cấp 2	46 (75,4)	15 (24,6)	0,045	1 0,7 (0,53–0,99)
Cấp 3 và trên cấp 3	17 (54,8)	14 (45,2)		
Nghề nghiệp				
Công nhân, viên chức	7 (50,0)	7 (50,0)	0,268	1 1,4 (0,8–2,4) 1,5 (0,8–2,6)
Nghỉ hưu, nội trợ	32 (71,1)	13 (28,9)		
Khác	24 (72,7)	9 (27,3)		

Tỷ lệ SDD ở đối tượng học cấp 3 trở lên giảm 0,3 lần so với những đối tượng học cấp 1 và cấp 2 (KTC 95%: 0,5–1,03) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p=0,045$.

Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TTDD theo PG-SGA với đặc điểm giới, nhóm tuổi và nghề nghiệp.

Bảng 7: Môi quan hệ giữa tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA và các đặc điểm bệnh lý (n=92)

Đặc tính	PG-SGA		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	SDD n (%)	Không SDD n (%)		
Vị trí ung thư				
Tâm phình vị	3 (33,3)	6 (66,7)	0,055	1 2,2 (0,9–5,8) 2,1 (0,8–5,5)
Thận vị	23 (74,2)	8 (25,8)		
Hang môn vị	37 (71,2)	15 (28,5)		
Giai đoạn bệnh				
< Giai đoạn III	15 (50,0)	15 (50,0)	0,01	1 1,5 (1,1–2,3)
≥ Giai đoạn III	48 (77,4)	14 (22,6)		
Tình trạng bệnh lý kèm theo				
Không	34 (70,8)	14 (29,2)	0,61	1 0,9 (0,7–1,2)
Có	29 (65,9)	15 (34,1)		

Tỷ lệ SDD ở những BN phát hiện bệnh từ giai đoạn III trở lên cao gấp 1,5 lần so với BN phát hiện từ dưới giai đoạn II (KTC 95%: 1,1–2,3 với $p=0,01$).

Mối liên quan giữa tỷ lệ SDD với vị trí ung thư, và bệnh lý kèm theo không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 8: Môi quan hệ giữa tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA và các chỉ số hoá sinh (n=92)

Đặc tính	PG-SGA		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	SDD n (%)	Không SDD n (%)		
Albumin huyết thanh				
Bình thường	34 (57,6)	25 (43,4)	0,003	1 1,5 (1,2–2,0)
Giảm	29 (87,9)	4 (12,1)		
Hemoglobin				
Bình thường	20 (51,3)	19 (48,7)	0,002	1 1,6 (1,1–2,2)
Giảm	43 (81,1)	10 (18,9)		
Số lượng tế bào lympho				
Bình thường	35 (60,3)	23 (39,6)	0,03	1 1,3 (1,1–1,8)
Giảm	28 (82,4)	6 (17,6)		

Những BN có albumin huyết thanh giảm có tỷ lệ SDD theo PG-SGA cao gấp 1,5 lần so với BN có albumin không giảm (KTC 95%: 1,2–2,0, $p=0,003$).

Trong nghiên cứu, nhóm BN có hemoglobin giảm có tỷ lệ SDD theo PG-SGA cao gấp 1,6 lần nhóm BN có hemoglobin bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (KTC 95%: 1,1–2,2, $p=0,002$).

Những người có số lượng tế bào lympho giảm có tỷ lệ SDD cao gấp 1,3 lần so với những người có số lượng tế bào lympho bình thường (KTC 95%: 1,1–1,8, $p=0,03$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu. BMI thường được sử dụng để đánh giá TTDD ở người trưởng thành vì đơn giản dễ thực hiện. Tỷ lệ BN tham gia nghiên cứu bị SDD theo BMI là 19,6%. Trong khi đó, tỷ lệ SDD ở BN UTDD trong vòng 48 giờ nhập viện theo PG-SGA là 68,5% với 30,5% BN bị SDD nặng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Yong Dang (66,7%) và cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan (39,7%) [1,8].

Trong nghiên cứu, nhiều BN có BMI ở giới hạn bình thường tuy nhiên lại được phân loại SDD theo PG-SGA. Điều này có thể lý giải bởi các chỉ số nhân trắc chỉ cho thấy TTDD của BN tại thời điểm cân đo trong khi sự sụt giảm cân nặng hoặc mất khối cơ, mỡ cần thời gian dài để biểu hiện. Trong khi đó, PG-SGA đánh giá nhiều khía cạnh tác động đến TTDD của người bệnh: sụt cân, giảm khẩu phần ăn, triệu chứng tiêu hóa, giảm chức năng vận động, bệnh lý và các yếu tố tăng nhu cầu trao đổi chất (sốt, dùng corticoid) và khám lâm sàng [3]. Ngoài ra, hơn 1/2 BN trong nghiên cứu có ít nhất một bệnh lý kèm theo, với độ tuổi trung bình là 61,5 tuổi cho thấy hiện tượng lão hoá và ảnh hưởng từ bệnh tật, điều trị đã làm giảm khả năng vận động và khối cơ của các đối tượng tham gia. Điều này phù hợp với kết quả tỷ lệ SDD theo PG-SGA khá cao, và cao hơn so với tỷ lệ SDD theo BMI.

4.2. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. So với nhóm BN có trình độ học vấn cấp 1 và cấp 2, nhóm BN có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên có tỷ lệ SDD giảm đi 0,3 lần (KTC 95%: 0,5–1,0), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Điều này được lý giải bởi những BN có trình độ học vấn cao thì thường có sự quan tâm, chú ý đến TTDD của bản thân,

đồng thời có khuynh hướng thực hành dinh dưỡng tốt hơn.

Những BN mắc bệnh ở giai đoạn III trở lên có tỷ lệ mắc SDD cao gấp 1,5 lần (KTC 95%: 1,1–2,3) so với những BN phát hiện UT ở giai đoạn sớm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Trong UTDD ở giai đoạn sớm thường không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu tuy nhiên đã bắt đầu xuất hiện các triệu chứng tiêu hoá như nôn, buồn nôn, chán ăn làm giảm khẩu phần ăn của BN. Khi có các dấu hiệu rõ ràng hơn, BN đã ở giai đoạn muộn của bệnh và sự sụt giảm năng lượng nạp vào đã diễn ra được một thời gian dẫn đến tỷ lệ SDD ở giai đoạn muộn của bệnh là cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy tỷ lệ SDD theo PG-SGA ở BN có albumin huyết thanh giảm cao gấp 1,5 lần (KTC 95%: 1,2–2,0) so với BN có albumin huyết thanh bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,003$. Như vậy, chỉ số albumin càng giảm thì nguy cơ đối tượng bị SDD theo PG-SGA càng cao.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 57,6% BN UTDD có chỉ định PT bị thiếu máu và 81,1% trong số những BN này bị SDD theo PG-SGA, tỷ lệ này cao gấp 1,6 lần (KTC 95%: 1,0–2,1) so với nhóm BN không bị thiếu máu $p (<0,05)$. Nghiên cứu ghi nhận đối tượng tham gia nghiên cứu đa phần là BN lớn tuổi với nhiều bệnh lý kèm theo làm nặng thêm tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng do chán ăn, dẫn đến TTDD kém và xuất hiện tình trạng thiếu máu trên lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,03$ giữa TTDD theo PG-SGA với SLTB lympho. Cụ thể, những người có SLTB lympho giảm có tỷ lệ SDD cao gấp 1,3 lần so với những người có xét nghiệm bình thường. Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân trên nhóm đối tượng UTDD liên quan đến quá trình viêm chủ yếu qua trung gian cytokines và những thay đổi chuyển hóa này gồm kháng insulin, tăng quá trình phân ly và oxy hóa chất béo, tăng chuyển đổi protein. Do vậy ở những BN SDD, phản ứng cytokin bị ức chế đã làm giảm tốc độ phát triển của các tế bào lympho dẫn đến sự suy giảm SLTB lympho.

V. KẾT LUẬN

– Tỷ lệ SDD trước phẫu thuật ở BN UTDD tại BV ĐHYD TPHCM theo: PG-SGA là 68,5%, với 31,5% BN bị SDD nặng; theo BMI là 19,6% với SDD nặng là 16,7%.

– Mối liên quan giữa TTDD theo PG-SGA với các đặc điểm: trình độ học vấn ($p=0,045$), giai

đoạn bệnh ($p=0,01$), albumin huyết thanh ($p=0,003$), hemoglobin (0,002) và số lượng tế bào lympho ($p=0,03$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lan Nguyễn Thị Ngọc, Văn Tạ Thành, Dung Đặng Thị Ngọc, Quý Vũ Văn, Linh Nguyễn Thùy, Thị LN, Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm kiểu gen của người bệnh ung thư dạ dày tại 4 bệnh viện ở Hà Nội, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021;147(11), tr.63-71.
2. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al., ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, Clinical nutrition, 2017;36(1), pp.11-48.
3. Bauer J, Capra S, Ferguson M, Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer, European journal of clinical nutrition, 2002;56(8), pp.779-785.
4. Fukuda Y, Yamamoto K, Hirao M, Nishikawa K, Maeda S, Haraguchi N, et al., Prevalence of malnutrition among gastric cancer patients undergoing gastrectomy and optimal preoperative nutritional support for preventing surgical site infections, Annals of surgical oncology, 2015;22, pp.778-785.
5. Guo ZQ, Yu JM, Li W, Fu ZM, Lin Y, Shi YY, et al., Survey and analysis of the nutritional status in hospitalized patients with malignant gastric tumors and its influence on the quality of life, Supportive Care in Cancer, 2020;28, pp.373-380.
6. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al., Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, CA: a cancer journal for clinicians, 2021;71(3), pp.209-249.
7. WHO (2021) Viet Nam - Global Cancer Observatory, assessed on 26/11/2022, at <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>.
8. Yang D, Zheng Z, Zhao Y, Zhang T, Liu Y, Xu X, Patient-generated subjective global assessment versus nutritional risk screening 2002 for gastric cancer in Chinese patients, Future Oncology, 2020;16(3), pp.4475-4483.

SO SÁNH GIÁ TRỊ SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP GỘP QUE VÀ GỘP DUNG DỊCH TRONG KỸ THUẬT REAL-TIME RT PCR CHẨN ĐOÁN SARS-COV-2

Nguyễn Thị Băng Sương^{1,2}, Lưu Nguyễn Trung Thông¹, Mai Thị Bích Chi¹, Nguyễn Hữu Huy¹, Hoàng Ngọc Bảo Mi¹, Nguyễn Hoàng Bắc^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Phương pháp gộp que và gộp dung dịch trong xét nghiệm real-time RT-PCR chẩn đoán SARS-CoV-2 được sử dụng phổ biến vì giúp tiết kiệm thời gian, nguồn lực, sàng lọc nhanh chóng trong khi vẫn bảo đảm độ tin cậy. Các phòng xét nghiệm cần thực hiện thẩm định xác nhận giá trị sử dụng các hình thức gộp mẫu trước khi đưa vào sử dụng. **Mục tiêu:** So sánh khả năng phát hiện SARS-CoV-2 của kỹ thuật real-time RT PCR trên mẫu gộp que và gộp dung dịch. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả và thực nghiệm labo. Mẫu gộp 2, gộp 5 và gộp 10 được lấy từ các mẫu bệnh phẩm dịch tỵ hầu đã được xác định âm tính và dương tính với SARS-CoV-2 bằng real-time RT PCR trên 2 bộ sinh phẩm Allplex™ SARS-CoV-2 Assay (Seegene) và Alinity m SARS-CoV-2 Assay (Abbott). **Kết quả:** Độ tương đồng chẩn đoán SARS-CoV-2 giữa mẫu đơn và mẫu gộp que (gộp 2, gộp 5 và gộp 10) là 100% đối với hình thức gộp que. Với hình

thức gộp dung dịch, độ tương đồng là 100% với các mẫu có khoảng Ct từ 15 – 30, trong khi đó ở khoảng Ct từ 31 – 37 độ tương đồng chẩn đoán là 90%. **Kết luận:** Qua nghiên cứu cho thấy phương pháp gộp que có độ tương đồng chẩn đoán và độ chênh lệch Ct trung bình giữa mẫu đơn và mẫu gộp ở hình thức gộp que là tốt hơn so với gộp dung dịch

Từ khóa: SARS-CoV-2, gộp que, gộp dung dịch, Real-time RT PCR

SUMMARY

VERIFICATION OF SWAB POOLING REAL-TIME RT PCR TESTING TO DETECTION OF SARS-COV-2

Background: Swab pooling and media pooling methods in real-time RT-PCR diagnostics for SARS-CoV-2 is commonly used due to saving time and resources for laboratory, quickly screening while ensuring reliability. Laboratories need to perform verification of pooling methods before putting them into use. **Objective:** Comparison of the ability of real-time RT PCR to detect SARS-CoV-2 of swab pooling and media pooling methods. **Materials and method:** Descriptive and experimental study. The 2-Pooled, 5-pooled and 10-pooled were created from nasopharyngeal swab samples that were confirmed negative and positive for SARS-CoV-2 by real-time RT PCR on Allplex™ SARS-CoV-2 Assay (Seegene) and

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Băng Sương

Email: suong.ntb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023