

để điều trị bệnh, đó có thể là lý do khiến NBNT vẫn chưa thỏa mãn với sự cung ứng đó của BV. Nghiên cứu của chúng tôi có 39,1% NBNT có nhu cầu hỗ trợ chỗ ở cho NNNB, tuy nhiên, do diện tích, quy mô và cơ sở vật chất của BV chưa đủ để đáp ứng được chỗ ở cho NNNB.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 74,4% NBNT có nhu cầu được kết nối với NVYT trong trường hợp cần thiết để hỗ trợ công tác điều trị, hơn một nửa trong số này chưa được BV đáp ứng. Một số trường hợp NBNT cần liên hệ nhưng chưa biết kênh liên lạc, hoặc có thể những lúc NBNT liên hệ nhưng nhân viên CTXH đang bận công tác khác, cùng với việc nhân lực của tổ CTXH còn hạn chế có thể là lý do nhiều NBNT có nhu cầu nhưng chưa được BV đáp ứng đầy đủ. Ngoài ra, để giải quyết mâu thuẫn giữa người bệnh và NVYT tại khoa bệnh, nhân viên tổ CTXH sẽ đến để giải quyết vấn đề này, tuy nhiên, có đến 30,9% NBNT chưa được BV đáp ứng được nhu cầu này của họ. Vì vậy, BV cần phải đẩy mạnh công tác này hơn nữa, cụ thể là thành lập mạng lưới CTV CTXH từ các điều dưỡng viên của khoa bệnh tại BV để hỗ trợ kịp thời trong bối cảnh nguồn nhân lực tổ CTXH còn hạn chế, đồng thời, lãnh đạo BV cần phải chỉ đạo NVYT hạn chế tối đa những tình huống không đáng có giữa người bệnh với NVYT trong BV.

## V. KẾT LUẬN

NBNT có nhu cầu hỗ trợ về CTXH là khá cao ở hầu hết các hoạt động đang được triển khai tại

BV theo Thông tư 43 của BYT, có thể kể đến như nhu cầu được đón tiếp, chỉ dẫn, hỗ trợ các thủ tục hành chính khi đến khám chữa bệnh tại BV (84,0%), nhu cầu được tư vấn chính sách BHYT (92,9%), nhu cầu được hỏi thăm về tình hình sức khỏe (94,2%), nhu cầu nhận được các quy tắc ứng xử của NVYT tại BV (97,6%), nhu cầu được truyền thông, tư vấn các thông tin về phòng, chống bệnh tật đang điều trị (91,0%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Thông tư số 43/2015/TT-BYT quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện. 2015.
- BỘ Y TẾ.** Quyết định số 712/QĐ-BYT về việc ban hành Kế hoạch phát triển công tác xã hội trong ngành y tế giai đoạn 2021-2030. 2022.
- Đỗ Thanh Huyền.** Nhu cầu hỗ trợ về Công tác xã hội của người bệnh nội trú và khả năng đáp ứng của Viện Y được học dân tộc Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng. 2021.
- Nguyễn Khắc Liêm, Lưu Thị Thắm.** Nhu cầu về dịch vụ công tác xã hội của người bệnh nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu sức khỏe và Phát triển. 2020;04(01):26-35.
- Trần Ngọc Yến.** Nhu cầu hỗ trợ công tác xã hội của người bệnh điều trị nội và một số yếu tố liên quan tại khoa tim mạch, đái tháo đường bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2018. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng. 2018.
- Trần Thị Vân Ngọc.** Thực trạng nhu cầu và hoạt động công tác xã hội tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2015. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng. 2015.

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2023

Phạm Văn Dũng<sup>1</sup>, Phạm Văn Phú<sup>2</sup>, Trần Hiếu Học<sup>2</sup>,  
Bùi Thị Thảo Yến<sup>3</sup>, Nguyễn Vũ Quang<sup>1</sup>, Đào Thu Thủy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên trên 121 người bệnh ung thư dạ dày nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của người bệnh trước và sau phẫu thuật dạ dày tại Bệnh viện Bạch Mai

năm 2022-2023. **Kết quả:** Tỷ lệ BN có SDD trước phẫu thuật theo BMI là 21,5%, sau phẫu thuật là 29,8% ( $p < 0,001$ ). Theo công cụ GLIM có 47% NB có nguy cơ SDD trước phẫu thuật. Theo PG-SGA có 54,6% NB có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa và nặng trước phẫu thuật (PG-SGA B và C), trong đó 21,1% NB có nguy cơ SDD nặng. Theo nồng độ albumin máu, tỷ lệ SDD của NB trước PT chiếm 30,6% và sau PT chiếm 67,8% ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Người bệnh phẫu thuật ung thư dạ dày tại bệnh viện Bạch Mai SDD hoặc có nguy cơ SDD trước và sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ khá cao. **Từ khóa:** Tình trạng dinh dưỡng, ung thư dạ dày, suy dinh dưỡng, bệnh nhân, phẫu thuật.

<sup>1</sup>Bệnh Viện Bạch Mai, Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Dũng

Email: phamvandunghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023

### SUMMARY

#### THE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS

**SURGED FOR STOMACH CANCER AT BACH MAI HOSPITAL IN 2023**

**Results:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 121 gastric cancer patients to evaluate the nutritional status of patients before and after gastric cancer surgery at Bach Mai Hospital in 2022-2023. The proportion of patients with malnutrition before surgery according to BMI was 21.5%, and after surgery, it was 29.8% ( $p < 0.001$ ). According to the GLIM tool, 47% of patients are at risk of malnutrition before surgery. According to PG-SGA, 54.6% of patients are at risk of malnutrition or moderate and severe malnutrition before surgery (PG-SGA B and C), of which 21.1% of patients are at risk of severe malnutrition. According to blood albumin concentration, the rate of malnutrition in patients before surgery was 30.6%, and after surgery was 67.8% ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** Malnutrition or risk of malnutrition before and after surgery in patients undergoing gastric cancer surgery at Bach Mai Hospital is quite high. **Keywords:** Nutritional status, stomach cancer, malnutrition, patients, surgery.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong các loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới và đứng hàng đầu trong số các loại ung thư đường tiêu hoá [1]. Tại Việt Nam, UTDD xếp hàng thứ 4 trong 10 bệnh ung thư phổ biến nhất với tỷ lệ mắc là 13,9/100,000 dân và tỷ lệ tử vong là 10,9/100,000 dân. Cho tới nay phẫu thuật (PT) là phương pháp chủ yếu điều trị UTDD [2]. Các nghiên cứu cho thấy rằng tình trạng SDD của người bệnh cả trước và sau phẫu thuật cắt dạ dày còn chiếm tỷ lệ khá cao. Theo một nghiên cứu năm 2018 tại bệnh viện K, tỷ lệ SDD của NB phẫu thuật UTDD trước phẫu thuật theo chỉ số BMI là 29,5% và sau phẫu thuật là 42,2% [3]. Việc đánh giá được TTDD của người bệnh ở cả thời điểm trước và sau phẫu thuật là rất quan trọng, nhằm có những can thiệp và hỗ trợ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý và có thể nói là một trong những khâu quyết định đến thành công trong công tác điều trị.

Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện đa khoa hạng đặc biệt thường xuyên tiếp nhận điều trị số lượng lớn người bệnh phẫu thuật đến từ các tỉnh, thành phố chủ yếu ở khu vực phía Bắc, nhưng hiện chưa có nhiều nghiên cứu về TTDD người bệnh phẫu thuật UTDD. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm cung cấp thêm nguồn dữ liệu về TTDD của người bệnh phẫu thuật UTDD tại khoa Ngoại tổng hợp và khoa Phẫu thuật tiêu hóa-Gan mật tụy năm 2022-2023.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng

người bệnh UTDD được chỉ định phẫu thuật có chuẩn bị, điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp và khoa Phẫu thuật tiêu hóa-Gan mật tụy Bệnh viện Bạch Mai

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** NB từ 20-70 tuổi, được chẩn đoán UTDD và được chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày có chuẩn bị. NB có thời gian nằm viện  $\geq 7$  ngày. Đối tượng được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** NB không thể thu thập được các thông tin, số liệu (câm, điếc, lú lẫn, suy giảm trí tuệ...). NB có đái tháo đường, bị các bệnh liên quan đến rối loạn chuyển hóa hoặc có các bệnh khác phối hợp: suy gan, suy thận, suy tim ở mức độ nặng...

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 6/2023.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.4. Quy trình nghiên cứu**

- Bước 1. Tham gia hội chẩn thông qua của đơn vị phẫu thuật để biết mốc lịch mổ của NB và xin bác sỹ khoa lâm sàng chỉ định các xét nghiệm liên quan tới chẩn đoán dinh dưỡng.

- Bước 2. Khi NB nhập viện: cân, đo, đánh giá PG-SGA, phỏng vấn NB, ghi chép chỉ số xét nghiệm của NB trước phẫu thuật.

- Bước 3. Ngày thứ 7 sau phẫu thuật thu thập thông tin về cân nặng, tính BMI, các chỉ số xét nghiệm liên quan đến TTDD của NB.

**2.5. Cỡ mẫu.** Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ

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

Trong đó: n: Tổng số đối tượng.

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

$\epsilon = 0,3$  là mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể.

$p = 0,29$  là tỷ lệ SDD trước phẫu thuật của người bệnh UTDD theo chỉ số BMI tại bệnh viện K Tân Triều năm 2017-2018 [3].

Thay vào công thức cỡ mẫu sẽ là  $n = 105$  người. Dự trừ 10% đối tượng bỏ cuộc/mất mẫu trong 7 ngày nghiên cứu => cỡ mẫu tối thiểu là 115 người bệnh. Thực tế nghiên cứu này thu được cỡ mẫu là 121 người.

**2.6. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện: chọn tất cả các BN đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu tối thiểu.

**2.7. Phương pháp thu thập số liệu**

- Phỏng vấn theo bộ câu hỏi về các thông tin chung bao gồm: tuổi, giới, trình độ học vấn,...

- Ghi chép từ bệnh án các thông tin về loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, các thông tin liên quan đến tình trạng bệnh (sụt cân, chỉ số xét nghiệm, biến chứng bệnh...)

- Thu thập các số đo về cân nặng, chiều cao của NB bằng cân điện tử và thước đo vào ngày nhập viện

**2.8. Các chỉ tiêu đánh giá.** TTDD theo BMI: Dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index = Cân nặng/chiều cao<sup>2</sup>). Kết quả xếp loại TTDD theo phân loại của WHO (2000): Thiếu năng lượng trường diễn (CED): BMI < 18,50; Bình thường: 18,50 ≤ BMI < 25; Thừa cân- béo phì: BMI ≥ 25.

TTDD theo GLIM: Chẩn đoán SDD khi có ít nhất 1 tiêu chí kiểu hình và 1 tiêu chí căn nguyên

TTDD theo PG-SGA: Đánh giá theo 3 phân loại: PG-SGA A: dinh dưỡng tốt; PG-SGA B: SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD; PG-SGA C: SDD nặng.

TTDD theo Albumin: Có nguy cơ SDD khi Albumin <35g/l

**2.9. Phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được phân tích bằng phần mềm Stata 16.0. Các test thống kê y học thông thường được sử dụng như test  $\chi^2$ , T test, Fisher's exact test... để so sánh sự khác biệt. Nhận định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1: Một số đặc điểm chung của đối tượng**

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nữ	45	37,2

**Bảng 2: TTDD của người bệnh trước và sau phẫu thuật theo BMI và phương pháp phẫu thuật**

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Cắt bán phần		Cắt toàn bộ		Cắt hình chêm, phẫu thuật tạm thời		Chung		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Trước phẫu thuật</b>									
≥18,5	66	75,0	19	82,6	10	100	95	78,5	0,16
<18,5	22	25,0	4	17,4	0	0	26	21,5	
<b>Sau phẫu thuật</b>									
≥18,5	58	65,9	18	78,3	9	90,0	85	70,2	0,19
<18,5	30	34,1	5	21,7	1	10,0	36	29,8	

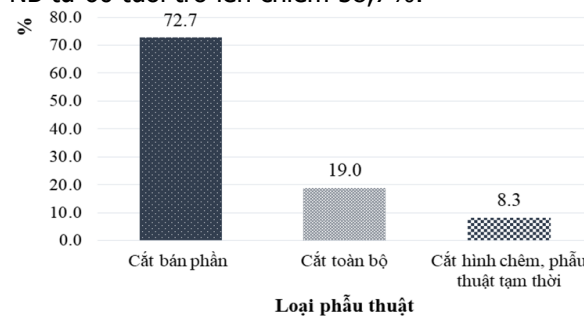
$p^{**} < 0,001$ ; \* Fisher's exact test so sánh nhóm BMI và loại PT

$p^{**}$  Fisher's exact test so sánh phân loại BMI trước và sau PT

Trước khi PT, tỷ lệ người bệnh có SDD (BMI < 18,5) chiếm 21,5% trong đó nhóm NB cắt

	Nam	76	62,8
<b>Trình độ học vấn</b>	Tiểu học	37	30,6
	Trung học cơ sở	50	41,3
	Trung học phổ thông	24	19,8
	Trung cấp/Cao đẳng, đại học	10	8,3
<b>Nghề nghiệp</b>	Làm ruộng	68	56,2
	Công nhân viên chức	20	16,5
	Hưu trí	20	16,5
	Khác	13	10,8
<b>Tuổi</b>	18-59 tuổi	50	41,3
	≥ 60 tuổi	71	58,7

Trong 121 đối tượng tham gia nghiên cứu có 37,2% NB là nữ và 62,8% NB là nam. Trình độ học vấn của đối tượng là trung học cơ sở chiếm 41,3%, tiểu học là 30,6%, trung học phổ thông là 19,8% và chỉ có 8,3% người bệnh có trình độ từ trung cấp cao đẳng trở lên. Phần lớn NB có nghề nghiệp là làm ruộng chiếm 56,2%. Có 50 NB trong độ tuổi từ 18-59 tuổi chiếm 41,3%, 71 NB từ 60 tuổi trở lên chiếm 58,7%.



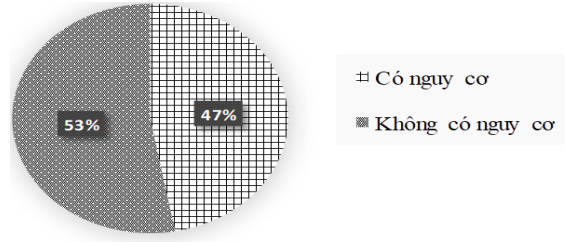
**Hình 1: Phân bố đối tượng theo loại phẫu thuật**

Trong 121 người bệnh tham gia nghiên cứu tỷ lệ NB được phẫu thuật cắt bán phần dạ dày là 72,7%, cắt toàn bộ dạ dày là 19% và 8,3% người bệnh được phẫu thuật cắt dạ dày hình chêm hoặc phẫu thuật tạm thời

**3.2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh**

nhóm NB cắt hình chêm, PT tạm thời.  
 Sau phẫu thuật, tỷ lệ SDD theo BMI là 29,8%, tỷ lệ này cao hơn ở nhóm NB có PT cắt dạ dày bán phần (34,1%) so với nhóm cắt toàn bộ (21,7%) và nhóm cắt hình chêm, PT tạm thời (10%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

Tỷ lệ NB có SDD theo BMI sau PT cao hơn so với trước khi PT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p<0,001$ .



Nguy cơ SDD theo GLIM  
**Hình 2: Nguy cơ SDD theo GLIM**

Theo công cụ GLIM có 47% người bệnh tham gia nghiên cứu có nguy cơ SDD trước khi phẫu thuật.

**Bảng 3: Tình trạng dinh dưỡng của NB trước phẫu thuật theo PG-SGA và giới tính**

Phân loại PG-SGA	Nữ		Nam		Chung		p*
	n	%	n	%	n	%	
PG-SGA A	21	46,7	34	44,7	55	45,4	0,94
PG-SGA B	14	31,1	26	34,2	40	33,1	
PG-SGA C	10	22,2	16	21,1	26	21,5	
<b>Tổng</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>121</b>	<b>100</b>	

\* $\chi^2$  test so sánh 2 nhóm

Tình trạng SDD theo PG-SGA của người bệnh tham gia nghiên cứu trước PT là: 33,1% người bệnh có nguy cơ SDD PG-SGA B và 21,5% có nguy cơ PG-SGA C. Tỷ lệ PG-SGA B ở nhóm nam cao hơn nhóm nữ (34,2% so với 31,1%), tuy nhiên SDD PG-SGA C ở nhóm nữ (22,2%) cao hơn so với nam (21,1%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ .

**Bảng 4: Tình trạng dinh dưỡng của NB trước và sau phẫu thuật theo nồng độ albumin và nhóm tuổi**

Chỉ số Albumin	18-59 tuổi		≥ 60 tuổi		Chung		p*
	n	%	n	%	n	%	
<b>Trước phẫu thuật</b>							
≥35g/l	41	82,0	43	60,6	84	69,4	0,01
<35g/l	9	18,0	28	39,4	37	30,6	
<b>Sau phẫu thuật</b>							
≥35g/l	20	40,0	19	26,7	39	32,2	0,12
<35g/l	30	60,0	52	73,2	82	67,8	

$p^{**} < 0,001$ ; \* Fisher's exact test so sánh nhóm phân loại albumin và nhóm tuổi

\*\* Fisher's exact test so sánh phân loại albumin trước và sau PT

Trước PT tỷ lệ người bệnh có Albumin máu <35g/l ở nhóm ≥ 60 tuổi là 39,4% cao hơn so với nhóm tuổi 18-59%. Sự khác biệt về chỉ số Albumin máu ở 2 nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$ .

Sau PT, tỷ lệ NB có nồng độ Albumin máu <35g/l là 67,8%, trong đó ở nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên tỷ lệ này là 73,2% cao hơn ở nhóm tuổi từ 18-59 tuổi với 60,0%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ .

Tỷ lệ NB có SDD albumin (<35g/l) sau PT cao hơn so với trước tỷ lệ này trước PT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p<0,001$ .

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu tiến hành trên 121 NB có phẫu thuật UTDD tại bệnh viện Bạch Mai, đa số là nam giới (62,8%) và có trình độ học vấn ở mức ≤ trung học cơ sở. Người bệnh được chỉ định phẫu

thuật UTDD qua 3 hình thức chính bao gồm PT cắt bán phần dạ dày (72,7%), cắt toàn bộ dạ dày (19%) và PT cắt dạ dày hình chêm hoặc phẫu thuật tạm thời (8,3%). Tỷ lệ này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Trần Trung Bách tại bệnh viện K năm 2015 [4], có thể do quan điểm điều trị của bác sĩ phẫu thuật, các yếu tố tiên lượng như tuổi, thể thâm nhiễm, lan tỏa hoặc kết quả giải phẫu bệnh.

TTDD của người bệnh được đánh giá thông qua kết hợp các chỉ số hoặc bộ công cụ khác nhau. Kết quả đánh giá TTDD của NB có phẫu thuật UTDD của nghiên cứu cho thấy:

- Đánh giá theo BMI: Hiện nay, Tổ chức Y tế thế giới khuyên dùng BMI để đánh giá phân loại TTDD, BMI có ưu điểm là phương pháp dễ thực hiện với dụng cụ đơn giản, kết quả thu được nhanh chóng song BMI cũng có nhược điểm là phương pháp có độ nhạy kém. Vì vậy trên lâm

sàng, ngưỡng 18,5 kg/m<sup>2</sup> là chỉ số đánh giá SDD chậm và không nên được sử dụng như là chỉ số duy nhất để đánh giá TTDD. Trong nghiên cứu này, trước khi PT, tỷ lệ người bệnh có SDD (BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>) chiếm 21,5% và sau PT tỷ lệ này là 29,8%. Có thể thấy tỷ lệ có SDD sau PT cao hơn so với trước PT, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tỷ lệ SDD theo BMI trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Cao Thị Huyền Trang tại bệnh viện K năm 2018 với tỷ lệ SDD theo BMI trước phẫu thuật là 29,5%, sau phẫu thuật là 42,2% [3] hay nghiên cứu của của Phan Thị Bích Hạnh tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2017 với tỷ lệ SDD trước PT là 25,9% [5]. Có thể lý giải do ở thời điểm nghiên cứu này các tiến bộ y học đã phát triển hơn, các phương pháp sàng lọc, phát hiện ung thư dạ dày từ giai đoạn sớm hơn nên giúp giảm nguy cơ suy mòn trước và sau phẫu thuật do ung thư.

- Theo công cụ GLIM: GLIM là một tiêu chí của hiệp hội Sáng kiến Lãnh đạo Toàn cầu về SDD nhằm áp dụng các tiêu chí đồng thuận toàn cầu về tỷ lệ SDD và đây được chứng minh là một tiêu chí rất hữu ích trong việc dự đoán kết quả lâm sàng bất lợi sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư dạ dày [6]. Kết quả nghiên cứu này có 47% BN có nguy cơ SDD trước phẫu thuật theo công cụ GLIM, cao hơn trong nghiên cứu của Ze-Xin Huang và cộng sự năm 2021 trên 895 người bệnh tại Trung Quốc với tỷ lệ 38,3% NB SDD theo GLIM [7]. Hiện tại chưa có nhiều số liệu đánh giá TTDD theo tiêu chí này với các NB có phẫu thuật UTDD tại Việt Nam.

- Theo PG-SGA: Có 54,6% NB có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa và nặng trước phẫu thuật (PG-SGA B và C), trong đó 21,5% NB có nguy cơ SDD nặng. Kết quả này so với nghiên cứu tại viện K có sự khác biệt, khi tổng số NB có nguy cơ SDD thấp hơn (54,6% so với 68,7%), tỷ lệ BN có nguy cơ SDD nặng cao hơn so với nghiên cứu này (21,5% so với 21,1%) [3]. Lý giải cho sự khác nhau này có thể do P-SGA là công cụ đánh giá tổng thể và chú quan tất cả các khía cạnh liên quan và ảnh hưởng tới TTDD của NB, bao gồm: tình trạng sụt cân nhanh của người bệnh trong 6 tháng và 1 tháng; tình trạng ăn uống và hoạt động chức năng; bộ công cụ cũng nhấn mạnh vào các triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống như chán ăn, buồn nôn, nôn, nhiệt miệng, khô miệng, thay đổi vị giác...; đồng thời có đánh giá nhu cầu chuyển hóa và khám các dấu hiệu lâm sàng liên quan đến TTDD như teo cơ, mất lớp mỡ dưới da, phù/cổ chướng do vậy kết quả

đánh giá phụ thuộc trình độ chuyên môn nhất định khi thăm khám và phát hiện các dấu hiệu lâm sàng.

- Theo nồng độ albumin máu: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 30,6% số NB có nguy cơ SDD trước phẫu thuật. Tỷ lệ SDD theo albumin trước PT của nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu tại bệnh viện K năm 2017 với 15,7% có nguy cơ SDD [3], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Tuyết với tỷ lệ 39,1% NB [8]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ SDD sau PT theo albumin là 67,8% NB, cao hơn nhiều so với tỷ lệ SDD trước PT và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Nguyên nhân có thể lý giải do sau phẫu thuật người bệnh mất nhiều dịch cơ thể: máu, dịch dẫn lưu..., ngoài ra phẫu thuật dạ dày cũng dẫn đến giảm thể tích chứa đựng thức ăn của dạ dày cùng với đó là giảm các enzyme tiêu hóa dẫn đến mất albumin qua mất dịch cũng như giảm khả năng tổng hợp albumin từ chế độ ăn.

Như vậy dựa trên các tiêu chí và công cụ đánh giá khác nhau, tỷ lệ SDD cả trước và sau PT ở bệnh nhân phẫu thuật UTDD tại bệnh viện Bạch Mai còn khá cao. Nghiên cứu giúp cung cấp những số liệu ban đầu về TTDD của người bệnh, đây là những chỉ số hữu ích để phối hợp cùng các bác sĩ điều trị trong việc phân loại NB và xây dựng kế hoạch điều trị cho từng cá nhân.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NB có SDD trước phẫu thuật khá cao theo BMI là 21,5%, sau phẫu thuật là 29,8% ( $p < 0,001$ ). Theo công cụ GLIM có 47% NB có nguy cơ SDD trước phẫu thuật. Theo PG-SGA có 54,6% NB có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa và nặng trước phẫu thuật (PG-SGA B và C), trong đó 21,1% NB có nguy cơ SDD nặng. Theo nồng độ albumin máu, tỷ lệ SDD của NB trước PT chiếm 30,6% và sau PT chiếm 67,8% ( $p < 0,001$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Hữu Nghị** (2012), Ung Thư Dạ Dày, Cập Nhật Các Bệnh Thường Gặp Trong Lâm Sàng Bệnh Viện., Nhà xuất bản Y học.
2. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. và cộng sự.** (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6), 394–424.
3. **Cao Thị Huyền Trang** (2018), Tình Trạng Dinh Dưỡng và Thực Trạng Nuôi Dưỡng Bệnh Nhân Phẫu Thuật Ung Thư Dạ Dày Tại Bệnh Viện K Năm 2017- 2018. Luận văn thạc sĩ y học, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Trần Trung Bách** (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư dạ dày ở người trẻ tuổi tại bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

5. Phan Thị Bích Hạnh (2017), Tình Trạng Dinh Dưỡng và Khẩu Phần Thực Tế Của Bệnh Nhân Ung Thư Đường Tiêu Hoá Có Điều Trị Hoá Chất Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội., Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Cederholm T., Jensen G.L., Correia M.I.T.D. và cộng sự. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr, 38(1), 1-9.
7. Xu L., Shi M., Huang Z. và cộng sự. (2022). Impact of malnutrition diagnosed using Global Leadership Initiative on Malnutrition criteria on clinical outcomes of patients with gastric cancer. J Parenter Enteral Nutr, 46(2), 385-394.
8. Chu Thị Tuyết (2013), Hiệu Quả Dinh Dưỡng Toàn Diện Cho Bệnh Nhân Phẫu Thuật ổ Bụng-Tiêu Hóa Mở Có Chuẩn Bị Tại Khoa Ngoại Bệnh Viện Bạch Mai, Luận án tiến sĩ, Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương.

## THỰC TRẠNG KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI THUỐC INFLIXIMAB VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Nguyễn Thị Như Hoa<sup>1,2</sup>, Nguyễn Duy Hiệp<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 1. Xác định tỷ lệ không đáp ứng với thuốc infliximab trong điều trị viêm cột sống dính khớp. 2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến tình trạng không đáp ứng với infliximab ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên 74 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn New York sửa đổi (1984) và có chỉ định điều trị bằng thuốc infliximab theo tiêu chuẩn ASAS/EULAR 2016 tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2018 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân không đáp ứng với thuốc infliximab: 41,9%, trong đó tỷ lệ không đáp ứng nguyên phát: 6,8% và không đáp ứng thứ phát: 35,1%. Nhóm bệnh nhân không đáp ứng thứ phát với infliximab có tỷ lệ không tuân thủ điều trị: 65,4%, cao hơn rất nhiều so với nhóm bệnh nhân có đáp ứng với thuốc: 37,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Không đáp ứng với infliximab trong điều trị viêm cột sống dính khớp: 41,9%, chủ yếu là không đáp ứng thứ phát. Nhóm bệnh nhân không đáp ứng với infliximab có tỷ lệ không tuân thủ điều trị cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân có đáp ứng với infliximab.

**Từ khóa:** Viêm cột sống dính khớp, thuốc infliximab, kháng trị với thuốc

### SUMMARY

#### CURRENT STATUS OF NON RESPONSE TO INFLIXIMAB IN ANKYLOSING SPONDYLITIS MANAGEMENT

**Aims:** To determine the prevalence of non-response to infliximab and other factors related to the non-response to infliximab in Ankylosing spondylitis patients. **Subjects and methods:** longitudinal,

descriptive study in patients received infliximab in Ankylosing spondylitis at Bach Mai Hospital from August 2018 to August 2022. **Results:** In this study of 74 patients (87,8% male,  $29,4 \pm 11,8$  years of age) ankylosing spondylitis patients in the study, which included primary lack of response PLR (5; 6,8%), secondary lack of response SLR (26; 35,1%) and responders (43; 58,1%). The secondary non-responders had a greater prevalence of medication non-adherence than the responders to infliximab. **Conclusions:** Non-response to infliximab in Ankylosing spondylitis patients: 41,9%. The secondary non-responders had a greater prevalence of medication non-adherence than the responders to infliximab. **Keywords:** infliximab, lack of response (PLR), secondary lack of response (SLR), Ankylosing spondylitis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm bệnh viêm khớp cột sống mạn tính chủ yếu ở cột sống, khớp cùng chậu, khớp háng và có thể ở các khớp ngoại vi. Nếu không được điều trị sớm và kịp thời, người bệnh nhanh chóng bị biến dạng cột sống và các khớp ngoại vi, làm giảm chất lượng cuộc sống [1]. Infliximab là một kháng thể đơn dòng IgG thể khảm (25% axit amin có nguồn gốc từ chuột, 75% axit amin có nguồn gốc từ người), thuộc nhóm thuốc kháng TNF- $\alpha$ , được khuyến cáo sử dụng ở những bệnh nhân VCSĐK có mức độ hoạt động bệnh cao kéo dài, thất bại với điều trị cơ bản [2]. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu khẳng định hiệu quả và tính an toàn của thuốc infliximab trên bệnh nhân VCSĐK [3]. Tuy nhiên tỉ lệ không đáp ứng với infliximab ở bệnh nhân VCSĐK dao động 25- 42% [4,5]. Kháng trị với thuốc infliximab bao gồm không đáp ứng nguyên phát và không đáp ứng thứ phát, nguyên nhân có thể do bệnh nhân (di truyền, lỗi sống) hoặc

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Hoa

Email: nhuhoanguyen83@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023