

Kibum Jeon ở Hàn Quốc, Abdullah DA tại Iraq và BJ Bain tại Mỹ [5], [6], [7], [8].

V. KẾT LUẬN

Khoảng giá trị tham chiếu cho các chỉ số xét nghiệm huyết học cơ bản tại Trung tâm Y tế Hải Hà được thiết lập theo giới như sau: dòng hồng cầu: RBC (nam: 4,45 - 6,19 T/L, nữ: 4,01 - 5,48 T/L), HGB (nam: 128 - 183 g/L, nữ: 110 - 150 g/L), HCT (nam: 0,37 - 0,50%, nữ: 0,32 - 0,44%), MCV (nam: 73,80 - 93,10 fL, nữ: 71,60 - 91,50 fL), MCH (nam: 26,30 - 32,20 pg, nữ: 25,10 - 31,40 pg), MCHC (nam: 323 - 371 g/L, nữ: 322 - 366 g/L), RDW-CV (nam: 13,20 - 15,10%, nữ: 13,10 - 15,62%); WBC: 4,72 - 11,30 G/L, NEUT% (nam: 40,40 - 79,53%, nữ: 39,83 - 80,30%), LYMPH# (nam: 0,92 - 3,80 G/L, nữ: 0,94 - 3,75 G/L), MONO # (nam: 0,22 - 0,79 G/L, nữ: 0,20 - 0,72 G/L), EOS # (nam: 0,034 - 0,561 G/L, nữ: 0,026 - 0,476 G/L), MONO % (nam: 3,30 - 9,39 %, nữ: 3,10 - 8,90 %), EOS % (nam: 0,40 - 7,60 %, nữ: 0,30 - 6,80 %), PLT (nam: 172 - 375 G/L, nữ: 178 - 366 G/L), MPV (nam: 7,40 - 10,60 fL, nữ: 7,10 - 10,20 fL).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý Huyết học 2015.
- Jones G. và Barker A.** (2008). Reference Intervals. Clin Biochem Rev, 29(Suppl 1), S93-S97.
- Trần Hữu Tâm.** Đánh giá sự tương đồng - khác biệt giữa các khoảng tham chiếu sinh học của xét nghiệm huyết học, đông máu đang sử dụng tại các phòng xét nghiệm. Tạp chí Y học thực hành, 815(Số 4/2012).
- Ozarda Y.** (2016). Reference intervals: current status, recent developments and future considerations. Biochem Med (Zagreb), 26(1), 5-16.
- Kibum Jeon, Kim M., Han J. và cộng sự.** (2020). Establishment of sex-specific reference intervals for automated haematology analyser-delivered research parameters in healthy Korean adults: a retrospective database review. BMJ Open, 10(10), e036887.
- Nguyễn Thị Hiền Hạnh và cộng sự** (2018). Nghiên cứu một số chỉ số huyết học tế bào và khoảng tham chiếu trên người bình thường khoẻ mạnh.
- Abdullah D.A., Mahmood G.A., và Rahman H.S.** (2020). Hematology Reference Intervals for Healthy Adults of the City of Sulaymaniyah, Iraq. IJGM, Volume 13, 1249-1254.
- B J Bain** (1996). Ethnic and sex differences in the total and differential white cell count and platelet count. J Clin Pathol, 49(8), 664-666.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRƯỚC PHẪU THUẬT THEO BMI VÀ SGA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹, Nguyễn Thị Nga¹, Nguyễn Văn Non¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tiêu hóa thường ảnh hưởng rất nhiều đến khả năng hồi phục của bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật theo phương pháp BMI và SGA. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng số 60 bệnh nhân ung thư tiêu hóa tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 64±11,9. Tỷ lệ nam/nữ là 3/4. Tỷ lệ suy dinh dưỡng đánh giá theo BMI là 28,4%, đánh giá theo SGA là 70,0%. Thời gian hậu phẫu từ 8-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 60%. Thời gian nằm viện >14 ngày chiếm tỷ lệ 81,6%. Tình trạng suy dinh dưỡng nặng có >14 ngày hậu phẫu chiếm tỷ lệ 80,0%. Tình trạng dinh dưỡng bình thường không có trường hợp

nào nằm viện trên >14 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Tình trạng SDD nặng có tỷ lệ nằm viện >14 ngày là 83,3%, cao gần 5 lần so với ra viện 8-14 ngày, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,111$). **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng theo BMI và SGA khác nhau. Theo SGA, Người bệnh bị suy dinh dưỡng khá cao và có sự liên quan với thời gian hậu phẫu ($p<0,05$). **Từ khóa:** SGA, suy dinh dưỡng, ung thư tiêu hóa.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL CANCER BEFORE SURGERY USING BMI AND SGA AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Background: The nutritional status of patients with digestive cancer often greatly affects the patient's ability to recover. **Objective:** Assess nutritional status of gastrointestinal cancer patients before surgery using BMI and SGA methods. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on a total of 60 digestive cancer patients at Can Tho general hospital. **Results:** Mean age was 64±11.9 years. The male/female ratio was 3/4. The malnutrition rate

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

assessed by BMI was 28.4%, assessed by SGA was 70%. Postoperative time was from 8-14 days, accounting for the highest rate of 60,0%. Hospital stay >14 days accounted for 81.6%. Severe malnutrition > 14 days after surgery accounted for 80%. Nutritional status was normal, no cases were hospitalized for more than 14 days. This difference was statistically significant (p=0.001). Severe malnutrition had a hospital stay rate of >14 days of 83.3%, nearly 5 times higher than hospital discharge 8-14 days, this difference was not statistically significant (p = 0.111). **Conclusion:** The proportion of malnourished patients according to BMI and SGA was different. According to SGA, malnutrition in patients was quite high and was related to the postoperative period (p<0.05).

Keywords: SGA, malnutrition, digestive cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một bệnh đang có xu hướng gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam và trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do bệnh tật. Năm 2020, trên toàn thế giới có số ca tử vong do ung thư tiêu hóa là 9,96 triệu ca. Ở Việt Nam, cứ 100.000 dân thì 159,7 người mắc, đứng thứ 16 châu Á và thứ 6 Đông Nam Á [1].

Đối với bệnh nhân ung thư, sụt cân và suy dinh dưỡng (SDD) là những biểu hiện rất hay gặp, đặc biệt là đối với bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa do bệnh ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng hấp thu của người bệnh. Những bệnh nhân ung thư tiêu hóa bị suy dinh dưỡng được phẫu thuật sẽ có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn, tăng tỷ lệ biến chứng, tử vong và thời gian nằm viện kéo dài [2], [3], [4], [5].

Để sàng lọc và đánh giá đúng về tình hình dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa trước khi bước vào quá trình điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật theo phương pháp BMI và SGA tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ, năm 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp bao gồm các bệnh như: ung thư thực quản, ung thư dạ dày, ung thư đại tràng, ung thư trực tràng, ung thư ống hậu môn, ...

Tiêu chuẩn chọn:

Bệnh nhân được phẫu thuật có chuẩn bị.

Bệnh nhân có thời gian nằm viện sau phẫu thuật lớn hơn 7 ngày.

Bệnh nhân tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị rối loạn tâm thần, bị câm/ điếc.

Bệnh nhân bị các khiếm khuyết ảnh hưởng đến nhân trắc: gù vẹo cột sống, không đứng được, ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu nghiên cứu: từ tháng 1/2022 đến hết tháng 8/2022, có tổng 60 bệnh nhân tại Khoa ngoại tổng hợp, bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ (ĐKTPCT) đã tham gia trong nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa (UTTH) được chỉ định phẫu thuật thỏa tiêu chí chọn và tiêu chí loại trừ tại khoa Ngoại Tổng Hợp, bệnh viện ĐKTPCT, trong thời gian tiến hành nghiên cứu đến khi đủ cỡ mẫu.

Nội dung nghiên cứu: Các đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp, trình độ học vấn, loại ung thư mắc phải, bệnh kèm theo.

Đánh giá dinh dưỡng trước phẫu thuật theo SGA (Subjective Global Assessment), và theo BMI (Body Mass Index)

Tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật theo SGA với thời gian hậu phẫu và thời gian nằm viện.

Phương pháp thu thập số liệu:

Hỏi bệnh: lý do vào viện, bệnh sử, tiền sử.

Tiến hành cân đo người bệnh (NB) để lấy các số liệu dinh dưỡng.

Ghi chép các cận lâm sàng cũng như theo dõi tình dinh dưỡng và hồi phục sau mổ của người bệnh; Hồ sơ bệnh án.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Ghi đầy đủ các biến số liên quan đến nghiên cứu theo bảng thu thập số liệu.

Nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đánh giá tỷ lệ phần trăm chỉ lấy một số lẻ.

Kết quả được trình bày theo bảng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 60 người bệnh UTTH phẫu thuật chương trình tại khoa ngoại tổng hợp bệnh viện ĐKTPCT từ 1/2022-08/2022 chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

- **Phân bố theo tuổi và giới tính:**

Bảng 1. Đặc điểm giới tính và tuổi của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi	Giới		Tổng n (%)
	Nam (%)	Nữ (%)	

≤ 40	1 (1,7)	0 (0)	1 (1,7)
41 - 50	1 (1,7)	10 (17)	11 (18,7)
51 - 60	4 (6,7)	2 (3,3)	6 (10,0)
61 - 70	12 (20)	14 (23,2)	26 (43,2)
> 70	8 (13,2)	8 (13,2)	16 (26,4)
Tổng	26 (43,3)	34 (56,7)	60 (100,0)

Nhận xét: Trong 60 bệnh nhân UTTH được nghiên cứu có tỷ lệ nam nữ chung của nghiên cứu là 3:4. Tuổi mắc bệnh thấp nhất là 40, cao nhất là 93, tuổi trung bình là 64±11,9 tuổi. Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là 61 – 70, chiếm tỷ lệ 43,2%.

- Phân bố theo nơi cư trú, nghề nghiệp: Nơi cư trú: 35,0% ở thành thị, 65,0% ở nông thôn.

Nghề nghiệp: có 6 nhóm với tỷ lệ cụ thể: (1) nông dân: 8,4%; (2) công nhân: 3,3%; (3) nội trợ: 9,9%; (4) công nhân viên chức: 3,3%; (5) hết tuổi lao động, hưu trí: 86,4%; (6) nghề nghiệp khác: 6,7%.

- Thời gian hậu phẫu và xuất viện của người bệnh

Bảng 3. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật và thời gian xuất viện

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình ± SD (Giới hạn)	
				Thời gian hậu phẫu (ngày)
	8-14	36	60,0	
	>14	6	10,0	
Thời gian xuất viện (ngày)	≤7	0	0,0	18 ± 5,6 (10 – 36)
	8-14	11	18,3	
	>14	49	81,7	

Nhận xét: Thời gian hậu phẫu từ 8-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 60,0%. Thời gian nằm viện >14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 81,6%.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng trước mổ ung thư tiêu hóa dựa trên BMI và SGA

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo BMI và SGA

Đặc điểm		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
BMI	SDD nặng (<16 kg/m ²)	1	1,7
	Suy dinh dưỡng trung bình (16-16,99 kg/m ²)	6	10,0
	SDD nhẹ (17-18,45 kg/m ²)	10	16,7
	Bình thường (18,5-24,9 kg/m ²)	41	68,3
	Thừa cân (≥25 kg/m ²)	2	3,3
SGA	Bình thường (9-12 điểm)	18	30,0
	SDD nhẹ - trung bình (4-8 điểm)	37	61,7
	SDD nặng (0-3 điểm)	5	8,3

Nhận xét: Tỷ lệ SDD đánh giá theo BMI là 28,4%, trong đó 1,7% SDD nặng, 10% SDD

trung bình, 16,7% SDD nhẹ. Đánh giá theo phương pháp đánh giá tổng thể (SGA) có 61,7% bệnh nhân SDD mức độ trung bình, và 8,3% người bệnh SDD ở mức độ nặng.

3.3. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng trước mổ theo SGA với thời gian hậu phẫu và thời gian nằm viện

- Mối liên quan giữa SDD theo SGA và thời gian hậu phẫu:

Bảng 4. Mối liên quan giữa SDD theo SGA thời gian hậu phẫu

SDD theo SGA	Thời gian hậu phẫu (ngày)			X ² P
	≤ 7	8-14	>14	
Bình thường	8(44,4)	10(55,6)	0(0,0)	17,994 0,001
SDD trung bình	9(24,3)	25(67,6)	3(8,1)	
SDD nặng	1(20)	1(20,0)	3(60,0)	

Nhận xét: Ở nhóm SDD nặng >14 ngày hậu phẫu chiếm tỷ lệ cao nhất tới 80%, ở nhóm dinh dưỡng bình thường không có trường hợp nào nằm viện trên >14 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,001).

- Mối liên quan giữa SGA và thời gian nằm viện:

Bảng 5. Mối liên quan giữa SGA và thời gian nằm viện

SGA	Thời gian nằm viện (ngày)		X ² P
	8-14 ngày	>14 ngày	
Bình thường	6(33,3%)	12(66,7%)	4,402 0,111
SDD nhẹ-trung bình	5(13,5%)	32(86,5%)	
SDD nặng	1(16,7%)	5(83,3%)	

Nhận xét: Ở nhóm SDD nặng tỷ lệ nằm viện >14 ngày là 83,3% cao gần 5 lần so với ra viện 8-14 ngày. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,111).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với 60 người bệnh UTTH được phẫu thuật tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện ĐKTPCT. Tuổi trung bình là 64±11,9. Kết quả này cao hơn với tác giả Nguyễn Thanh Hùng là 59,3 [6]. Trong đó, NB nhỏ tuổi nhất là 40 tuổi, NB lớn tuổi nhất là 93 tuổi. Với độ tuổi từ 40 trở xuống chiếm 1,7%. Độ tuổi mắc bệnh cao nhất trong nghiên cứu là 61-70, chiếm tỷ lệ 43,3%. Đặc điểm về giới trong nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với các nghiên cứu về UTTH nói chung, nam so với nữ 0,75. Tỷ lệ này nữ cao hơn nam khác với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hùng là 2,1 [6]. Sự khác biệt này có thể được giải thích rằng tỷ lệ UTTH ngày càng cao ở nữ giới và hơn

cả nam giới cho thấy cuộc sống ngày càng hiện đại, thuốc và hóa chất dư lượng trong thức ăn ngày càng cao dẫn đến tỷ lệ ung thư ngày cao ở cả 2 giới. Bên cạnh đó ung thư chủ yếu xảy ra ở nhóm tuổi 61-70 tuổi. Mà tuổi thọ của nam giới (71 tuổi) thấp hơn nữ giới (76,3) tuổi nên tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn nam là phù hợp [7].

Dân số nước ta tập trung chủ yếu ở vùng nông thôn, đây chưa hẳn là lý do giải thích một vấn đề đang được nhiều nhà dịch tễ học trong nước quan tâm, rằng trong hầu hết các nghiên cứu về UTTH thì tỷ lệ NB ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao hơn ở thành thị. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc UTTH ở nông thôn là 65,0%, và thành thị là 35,0%. Kết quả này cũng phù hợp với tác giả Trịnh Hồng Sơn [5] với tỷ lệ nông thôn là 56,0% và thành thị là 44,0%. Ngoài ra, một số tác giả cho rằng với đời sống kinh tế còn thấp ở nông thôn hoặc do thói quen, người dân thường sử dụng chế độ ăn nhiều rau cải muối chua, cá khô mặn, thịt hun khói, ăn quá nhiều muối trong khẩu phần hàng ngày... là một trong những nguyên nhân làm tăng tần suất UTTH.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người già và hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất 68,4%, nội trợ chiếm 9,9%. NB thuộc nhóm trí thức và công nhân chiếm tỷ lệ thấp 3,3%. Yếu tố nghề nghiệp có ảnh hưởng đến sự hiểu biết về vấn đề chăm sóc và bảo vệ sức khỏe. Một người có sự hiểu biết về lĩnh vực y học, họ sẽ biết cách phòng ngừa bệnh tật và tìm cách tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng.

4.2. Tình trạng dinh dưỡng trước mổ ung thư tiêu hóa dựa trên BMI và SGA. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI khá đơn giản, dễ thực hiện và không tốn kém. Song BMI cũng có nhược điểm là theo dõi trọng lượng có độ nhạy kém, nhất là khi sử dụng độc lập và không tiên lượng được nguy cơ SDD cho người bệnh. Vì vậy, phương pháp kém hiệu quả, không phù hợp dùng trong việc phát hiện thiếu hụt dinh dưỡng trong thời gian ngắn, cũng như thiếu hụt chất dinh dưỡng đặc hiệu. Tỷ lệ SDD theo BMI trước phẫu thuật của chúng tôi là 28,4%. Tương tự kết quả một số nghiên cứu khác cũng thực hiện trên NB ung thư như nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh (25,9%), Nguyễn Thanh Hùng (29%), Nguyễn Thùy Linh (24,1%), nghiên cứu Ngô Thị Linh (24%) [6], [8], [9].

Trong khi đó, đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo SGA có thể đánh giá toàn diện các yếu tố liên quan đến dinh dưỡng, đồng thời có yếu tố tiên lượng và dự phòng, độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng

theo SGA của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NB có nguy cơ SDD là 70%, trong đó nguy cơ SDD nặng chiếm 8,3%. Kết quả này của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hùng là 78,9% [6]. Điều đó cho thấy bộ công cụ SGA cho ra kết quả có độ nhạy cao, có thể phân loại NB ngay cả khi chưa có thay đổi cân nặng và mới chỉ xuất hiện triệu chứng về dinh dưỡng (chán ăn, nuốt nghẹn, nôn, buồn nôn). Để có kết luận tổng quan nhất, có thể xem xét sử dụng thêm bộ công cụ khác và các xét nghiệm chỉ số máu để làm rõ tình trạng dinh dưỡng. Tùy vào mục đích sử dụng mà lựa chọn phương pháp phù hợp. Nếu cần sự đơn giản, dễ dàng, nhanh và thuận tiện thì có thể dùng phương pháp tính chỉ số BMI. Nếu đánh giá tình trạng dinh dưỡng toàn diện, độ nhạy và đặc hiệu cao, hỗ trợ tiên lượng SDD thì nên dùng bộ công cụ SGA. Trong một số trường hợp cho kết quả mâu thuẫn, cần sử dụng thêm các phương pháp khác để đánh giá.

4.3. Môi liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo SGA trước mổ với thời gian hậu phẫu và thời gian nằm viện. Thời gian hậu phẫu: ≤ 7 ngày (30%); 8-14 ngày (60,0%); >14 ngày (10,0%). Số NB nằm trên 2 tuần là 3,1%. Có 10% người bệnh có thời gian hậu phẫu >14 ngày do có biến chứng nhiễm trùng vết mổ. Thời gian nằm viện của chúng tôi dài hơn là do biến chứng sau mổ. Biến chứng này phụ thuộc nhiều yếu tố: trình độ phẫu thuật viên, chỉ định hợp lý hay không, giai đoạn bệnh,.. trong đó yếu tố dinh dưỡng có vai trò cực kỳ quan trọng vì người bệnh suy dưỡng nặng, thiếu protein và albumin máu cần nuôi ăn qua đường tĩnh mạch để nâng đỡ thể trạng trước khi bước vào cuộc đại phẫu thuật.

Ở nhóm dinh dưỡng bình thường không có NB có thời gian hậu phẫu >14 ngày. Còn ở nhóm SDD nhẹ và trung bình là 8,1%. Còn ở nhóm SDD nặng chiếm tới 60,0%, Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Rõ ràng thời gian hậu phẫu của NB có SDD dài hơn so với NB bình thường. Điều này làm hiệu quả điều trị và chăm sóc kém đi, NB lâu hồi phục và gia tăng các biến chứng sau mổ.

Ở nhóm dinh dưỡng bình thường thời gian ra viện >14 ngày chiếm tỷ lệ thấp nhất 66,7%, còn ở nhóm SDD nhẹ và trung bình là 86,5%, còn ở nhóm SDD nặng tỷ lệ >14 ngày là 83,3%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,111$). Điều này là phù hợp do một số NB có dinh dưỡng tốt người bệnh phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm qua nội soi dạ dày sàng lọc nên người bệnh có chỉ định nhập viện phẫu thuật.

Nhưng do thời gian trả kết quả giải phẫu bệnh của bệnh viện chúng tôi khá lâu từ 5-7 ngày làm việc nên góp phần kéo dài thời gian nằm viện của người bệnh. Bên cạnh đó một số người bệnh tới bệnh viện đã có sẵn kết quả giải phẫu bệnh nên thời gian tiền phẫu của người bệnh được rút ngắn. Một bộ phận người bệnh nhập viện ở giai đoạn muộn của bệnh thể trạng suy kiệt không đáp ứng điều kiện phẫu thuật, nên việc nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, bù đạm dinh dưỡng, máu... để nâng đỡ thể trạng lý do này cũng góp phần kéo dài thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 60 bệnh nhân, tỷ lệ SDD đánh giá theo BMI là 28,4% và theo phương pháp đánh giá tổng thể (SGA) có 61,7% bệnh nhân SDD mức độ trung bình, và 8,3% người bệnh SDD ở mức độ nặng. Giữa thời gian hậu phẫu và thời gian nằm viện, nghiên cứu chỉ ghi nhận sự liên quan giữa SGA với thời gian hậu phẫu sau mổ ($p=0,001$). Để giảm thời gian hậu phẫu, người bệnh UTTH vào viện phẫu thuật cần được sàng lọc và đánh giá TTDD để phát hiện những NB có nguy cơ về dinh dưỡng và được can thiệp về dinh dưỡng kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. (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.
2. Phan Thị Bích Hạnh (2017), Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có điều trị hóa chất tại bệnh

viện Đại học Y Hà Nội năm 2016-2017, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

3. Nguyễn Thủy Linh, Lê Thị Hương, 2019. Hiệu quả can thiệp cải thiện tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại bệnh viện đại học Y Hà Nội năm 2017-2018. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. Tập 119. Số 3. Tr. 142-149.
4. Ngô Thị Linh, Phạm Văn Phú, Đỗ Tất Thành và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng và biến chứng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học cộng đồng* 2020.
5. Dương Thị Phương (2016), Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và một số yếu tố liên quan năm 2016, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Thị Thanh Hòa (2018), Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhân ung thư thực quản tại khoa ngoại bụng, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2017-2018, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Bá Anh, Lê Minh Hương, Nguyễn Thanh Long, 2013. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày. *Tạp chí Y học thực hành*. Tập 884. Số 10. Tr. 3-7.
8. Nguyễn Thanh Hùng, Nguyễn Thị Khánh Hoài, Phạm Thị Ngân và cộng sự (2020). Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa tại bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 5-2020-tập 2, tr. 416-421.
9. Ngô Thị Linh, Hà Nguyễn Kính Long, Nguyễn Xuân Hùng và cộng sự (2017). Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 13(4), 124-130.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ QUY ĐỊNH AN TOÀN THỰC PHẨM TẠI CÁC BẾP ĂN TẬP THỂ TRƯỜNG HỌC TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ DĨ AN, TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023

Võ Hữu Phi Long¹, Nguyễn Duy Phong²

TÓM TẮT

Bối cảnh: Việc áp dụng và đánh giá kiến thức - thực hành tốt trong chế biến thực phẩm tại các bếp ăn tập thể (BATT) trường học là điều cần thiết để giảm

thiểu các bệnh do thực phẩm gây ra đối với học sinh.

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ bếp ăn tập thể trường học tuân thủ các quy định về an toàn vệ sinh thực phẩm, đồng thời đánh giá kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của những người chế biến thực phẩm tại các trường học ở trên địa bàn thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương. **Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu cắt ngang đã được thực hiện tại tất cả 26 bếp ăn trường học (trừ trường mầm non) có tổ chức nấu ăn tại chợ trên địa bàn thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương. Mẫu những chế biến thực phẩm được lấy toàn bộ. Công cụ thu thập dữ liệu bao gồm một bảng câu hỏi có cấu trúc với 32 câu hỏi bao gồm

¹Trung tâm Y tế Thành phố Dĩ An tỉnh Bình Dương

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hữu Phi Long

Email: thienbinhlft610@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024