

Tình trạng suy dinh dưỡng và các biến chứng sớm sau phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa

Nguyễn Thị Hoài Thu¹, Trần Vũ Đức², Lâm Việt Trung²

1. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 2, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2. Bệnh viện Chợ Rẫy

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thị Hoài Thu,
Bệnh viện Đại học Y Dược Thành
phố Hồ Chí Minh cơ sở 2
201 Nguyễn Chí Thanh, Phường
12, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0909 229 912
Email: thuthu291081@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2022

Ngày chấp nhận đăng:
02/3/2023

Ngày xuất bản: 15/3/2023

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Suy dinh dưỡng là một vấn đề luôn mang tính thời sự trong y khoa nói chung và ngoại khoa nói riêng. Ung thư đường tiêu hóa là một trong các loại ung thư hay gặp tại Việt Nam với tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng lúc nhập viện cao (30 -60% theo các nghiên cứu). Vậy mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng trước phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật như thế nào?

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu. Người bệnh ung thư đường tiêu hóa (thực quản, dạ dày, đại tràng, trực tràng) nguyên phát được đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp tổng thể chủ quan Subjective global assessment (SGA) trước mổ và can thiệp phẫu thuật theo chương trình tại khoa ngoại Tiêu hóa (4B1), bệnh viện Chợ Rẫy.

Kết quả: Từ 1/2021 đến 5/2021, 196 người bệnh mổ chương trình các bệnh lý ung thư đường tiêu hóa trên và dưới thỏa điều kiện chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu. Có 46,5% trường hợp có biểu hiện suy dinh dưỡng theo SGA và có 49,5% trường hợp có biến chứng sớm xuất hiện sau mổ. Tỷ lệ biến chứng theo phân loại Clavien-Dindo từ độ I,II,III,IV lần lượt là 63,3%, 17,4%, 15,3% và 4%.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng (SDD) trung bình và nặng trước mổ chương trình ung thư đường tiêu hóa tại khoa ngoại tiêu hóa còn cao (46,5%). Người bệnh SDD (SGAB-C) có nguy cơ xuất hiện biến chứng sau mổ cao gấp 1,5 lần người bệnh không có tình trạng SDD (SGA-A). Về độ nặng của biến chứng theo Clavien- Dindo người bệnh SDD có nguy cơ xuất hiện biến chứng cao gấp 2,8 lần người bệnh không có SDD trước mổ.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, SGA, Clavien- Dindo.

Malnutrition status and early complications after surgery for patients with gastrointestinal cancer

Nguyen Thi Hoai Thu¹, Tran Vu Duc², Lam Viet Trung²

1. University Medical Center HCMC 2, University of medicine and pharmacy at HCMC, 2. Cho Ray Hospital

Abstract

Introduction: The topic of malnutrition is always of concern in medicine in general and surgery in particular. Gastrointestinal cancer is one of the most common cancers in Vietnam, with a high rate of malnourished patients when hospitalized (30-60%, according to several studies). So what is the relationship between preoperative malnutrition and postoperative complications?

Patients and methods: A prospective cohort study of patients with primary cancers involving the esophagus, stomach, colon are evaluated by Subjective Global Assessment (SGA) before the elective surgery at the Department of Digestive Surgery (4B1), Cho Ray Hospital.

Results: From January 2021 to March 2021, 196 patients were enrolled in the study. There were 46,5% of patients with malnutrition, according to SGA, and 49,5% of patients had early complications after surgery. The rate of complications from grades I, II, III, and IV is 63,3%, 17,4%, 15,3%, and 4%, respectively, according to the Clavien- Dindo classification.

Conclusion: The rate of patients with moderate and severe malnutrition before the elective surgery at the Gastrointestinal Department was relatively high (46.5%). Malnourished patients (SGA-B, C) had a 1.5 times higher risk of postoperative complications than patients without preoperative malnutrition (SGA-A). Regarding the severity of complications, according to Clavien-Dindo, malnourished patients (SGA-B, C) have a 2.8 times higher risk of complications after surgery than patients without preoperative malnutrition (SGA- A).

Keywords: Malnutrition, SGA, Clavien- Dindo.

Đặt vấn đề

Suy dinh dưỡng (SDD) là một vấn đề luôn mang tính thời sự trong y khoa nói chung và ngoại khoa nói riêng. Đối với người bệnh ung thư, đặc biệt là ung thư đường tiêu hóa (UTĐTH), ảnh hưởng của SDD lên kết quả điều trị càng nghiêm trọng vì nhiều nguyên nhân. Đầu tiên, người bệnh UTĐTH thường có tỉ lệ SDD cao hơn các loại bệnh khác, với tỉ lệ dao động từ 43,3% đến 77,2%[1].

Hiện tại, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ có rất nhiều cách tiếp cận và mỗi phương pháp có những ưu và nhược điểm riêng. Hiện nay, phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan SGA (Subjective Global Assessment) của Detsky (đã được các tác giả Phạm Văn Năng, Lưu Ngân Tâm phiên dịch) đã được triển khai rộng rãi vì vừa có tính ứng dụng vừa có giá trị cao trong nghiên cứu[1],[2],[3].

Tại Việt Nam có nhiều nghiên cứu về tình trạng SDD nhưng đa phần các báo cáo này chú trọng vào mối tương quan của SDD và tỉ lệ biến chứng chung của phẫu thuật bụng, chưa tìm thấy nghiên cứu nào báo cáo mối quan hệ giữa TTDD theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan SGA và mức độ nặng của biến chứng hậu phẫu (theo Clavien-Dindo hay theo chỉ số đánh giá biến chứng tổng quát CCI) ở người bệnh UTĐTH. Nghiên cứu này nhằm tìm hiểu mối tương quan giữa tình trạng SDD trước mổ và các biến chứng sớm sau phẫu thuật theo Clavien- Dindo và chỉ số CCI.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Dân số nghiên cứu

Người bệnh UTĐTH (thực quản, dạ dày, tá tràng, đại tràng, trực tràng và ống hậu môn) nguyên phát được đánh giá tổng thể chủ quan SGA trước mổ và can thiệp phẫu thuật theo chương trình tại khoa ngoại Tiêu hóa bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Người bệnh UTĐTH nguyên phát, thỏa các tiêu chuẩn sau:

Lớn hơn hay bằng 18 tuổi

Được đánh giá đầy đủ tình trạng dinh dưỡng trước mổ (theo BMI, SGA, albumin máu, protid máu)

Phương pháp phẫu thuật mang tính chất triệt để

Tiêu chuẩn loại trừ

Phẫu thuật cấp cứu do khối u vỡ, tắc ruột hay xuất huyết do u

Phẫu thuật tạm thời hay làm sạch

Người bệnh hạn chế giao tiếp, không trả lời được

Phương pháp tiến hành nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu.

Người bệnh ung thư đường tiêu hóa có chỉ định phẫu thuật triệt để được chọn vào nghiên cứu. Đánh giá TTDD trước mổ theo phương pháp tổng thể chủ quan SGA, sau đó chia thành 2 nhóm nghiên cứu.

Nhóm I: người bệnh UTĐTH có tình trạng dinh

dưỡng trước mổ bình thường (SGA-A).

Nhóm II: người bệnh UTĐTH có tình trạng suy dinh dưỡng trước mổ (SGA-B hay SGA-C).

Sau mổ người bệnh được theo dõi mỗi ngày cho đến khi xuất viện nhằm phát hiện các biến chứng sớm sau phẫu thuật

Biến chứng sớm sau mổ là các biến chứng xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật, là tình trạng bệnh liên quan đến phẫu thuật như: chảy máu sau phẫu thuật, xì miệng nối, nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột do dính, tụ máu thành bụng, bung thành bụng...

Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập phần mềm SPSS 26.0 và Prism 9.0

Kết quả

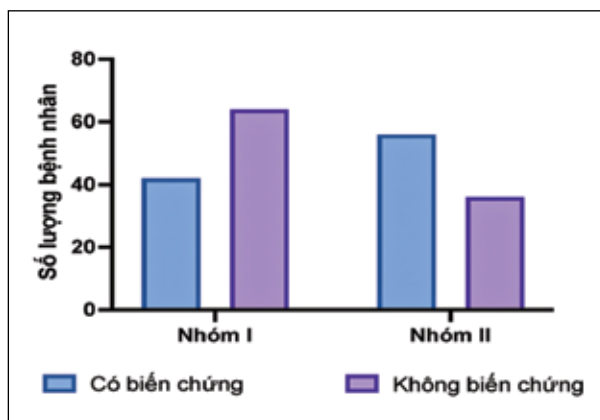
Trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 05/2021, tại khoa Ngoại Tiêu Hóa, bệnh viện Chợ Rẫy có 198 TH thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh. Trong số đó có 106 người bệnh có tình trạng dinh dưỡng trước mổ bình thường theo SGA-A (nhóm I) và 92 người bệnh có biểu hiện SDD theo SGA gồm SGA-B và SDD nặng SGA-C, được gộp thành nhóm SDD (nhóm II).

Bảng 1: Đặc điểm dinh dưỡng

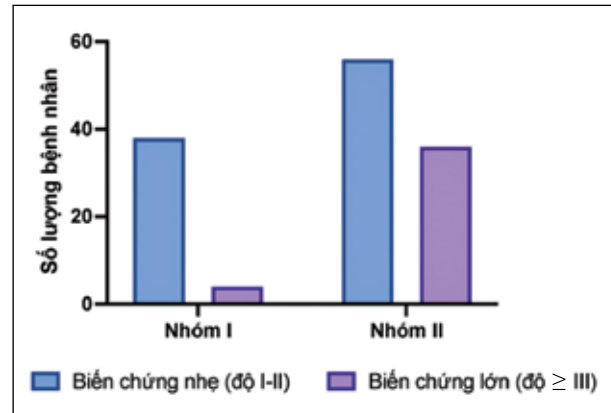
Chỉ số	Nhóm I (n = 106)	Nhóm II (n = 92)	Giá trị P
BMI (kg/m ²)	22,3 ± 2,6	20,1 ± 3,1	< 0,001*
SGA	53,5%	46,5%	
Protein toàn phần (g/dL)	6,8 ± 0,6	6,5 ± 0,7	0,004*
Albumin huyết thanh (g/dL)	4,3 ± 0,4	4,2 ± 0,5	0,104*
* phép kiểm t			

Bảng 2: Đặc điểm biến chứng

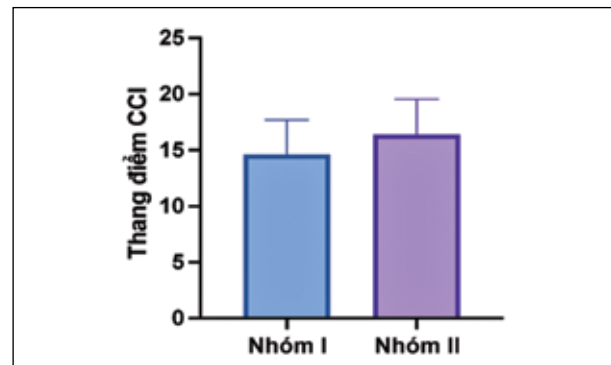
	Tổng cộng (n = 198)	Nhóm I (n = 106)	Nhóm II (n = 92)	Giá trị P
Biến chứng sớm				
Tổng biến chứng (%)	49,5	39,6	60,9	0,003*
Liên quan phẫu thuật (%)	21,2	18,0	25,0	0,22*
Biến chứng khác (%)	40,3	35,0	50,1	0,03*
Biến chứng theo Clavien-Dindo				
I (%)	63,3	64,3	62,5	
II (%)	17,4	26,2	10,7	
IIIa (%)	11,2	4,7	16,0	
IIIb (%)	4,1	2,4	5,4	
IVa (%)	2,0	0,0	3,6	
IVb (%)	2,0	2,4	1,8	
V (%)	0	0	0	
Biến chứng theo CCI	15,6 ± 11,0	14,6 ± 10,0	16,4 ± 11,8	0,43



Hình 1: Sự khác biệt nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm giữa 2 nhóm



Hình 2: Sự khác biệt nguy cơ xuất hiện biến chứng theo Clavien-Dindo giữa 2 nhóm



Hình 3: Sự khác biệt nguy cơ xuất hiện biến chứng theo CCI giữa 2 nhóm

Bảng 3: Mối liên quan giữa SGA và biến chứng

Yếu tố	Nguy cơ biến chứng sớm xảy ra		Giá trị P
	RR	95%CI	
SGA - A	Tham chiếu		
SGA - B	1,448	1,045 - 1,988	0,03*
SGA - C	1,710	1,184 - 2,361	0,006*
Yếu tố	Nguy cơ biến chứng nặng		Giá trị P
	RR	95%CI	
SGA - A	Tham chiếu		
SGA - B	2,700	0,908 - 8,022	0,07*
SGA - C	3,000	0,950 - 9,490	0,06*

Bàn luận

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp tổng thể chủ quan (SGA)

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ người bệnh SDD theo SGA tương đồng với báo cáo trước đó của tác giả Phạm Văn Năng[2], Garth[3], Đặng Trần Khiêm[4] và Nguyễn Hà Thanh Uyên[5]. Cả bốn nghiên cứu này đều dựa trên những người bệnh trải qua phẫu thuật do UTĐTH. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi gần với báo cáo mới đây của tác giả Nguyễn Hà Thanh Uyên hơn, với tỉ lệ người bệnh SGA-A > 50% so với tỉ lệ chỉ 44,3% của tác giả Phạm Văn Năng 43,3% của tác giả Lưu Ngân Tâm hay 46,9% của tác giả Đặng Trần Khiêm. Điều này cho thấy tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tại Việt Nam đã được cải thiện đáng kể so với tình hình chung cách đây 10 năm.

So với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hà Thanh Uyên, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ người bệnh SDD trung bình và nặng (SGA-B và C) cao hơn hẳn, do nghiên cứu của Nguyễn Hà Thanh Uyên được tiến hành ở bệnh viện Bình Dân, với dân số ở thành phố Hồ Chí Minh chiếm đa số, trong khi nghiên cứu của chúng tôi có đến 85,4% người bệnh đến từ các tỉnh thành có điều kiện kinh tế còn khó khăn so với mặt bằng chung của thành phố Hồ Chí Minh. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả những người bệnh ung thư đường tiêu hóa trên so với chỉ có người bệnh ung thư đường tiêu hóa dưới ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hà Thanh Uyên. Nghiên cứu của Yoon[6] đã cho thấy người bệnh ung thư đường tiêu hóa trên liên quan nhiều hơn đến sụt cân không chủ ý so với ung thư đường tiêu hóa dưới.

Đặc điểm biến chứng sớm

Biến chứng sớm sau mổ thường được định nghĩa là những biến chứng xảy ra trong vòng 30 ngày đầu sau phẫu thuật. Các biến chứng này có thể phân thành hai nhóm chính. Thứ nhất có thể kể đến các biến chứng liên quan trực tiếp đến phẫu thuật UTĐTH như xì rò miệng nối, chảy máu miệng nối, tắc ruột cơ học sau mổ và nhiễm trùng vết mổ, v.v... Nhóm thứ hai gồm các biến chứng liên quan

gián tiếp đến phẫu thuật, có thể đã tiềm ẩn từ trước nhưng do quá trình phẫu thuật làm cho chúng nặng hơn. Các biến chứng này rất đa dạng bao gồm viêm phổi, suy thận, tiêu chảy cấp, đau thắt ngực, v.v... Do vậy, tỉ lệ biến chứng sau mổ rất thay đổi tùy theo từng nghiên cứu, liên quan chặt chẽ đến định nghĩa biến chứng sau mổ như thế nào.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biến chứng liên quan trực tiếp đến phẫu thuật chiếm tỉ lệ 21,2%, các biến chứng liên quan gián tiếp chiếm đến 40,3% TH và tổng tỉ lệ người bệnh có biến chứng sớm là 49,5%. So sánh với các nghiên cứu trước đó, tỉ lệ biến chứng trực tiếp do phẫu thuật giữa các nghiên cứu cũng rất đa dạng. Có thể thấy so với các báo cáo trước đó, tỉ lệ biến chứng nặng đe dọa tính mạng trong nghiên cứu của chúng tôi (xì rò đường tiêu hoá, chảy máu và tắc ruột cơ học sau mổ) ở mức chấp nhận được khi so với các báo cáo trước đó. Ngoài ra, so với báo cáo trước đó ở cùng bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013-2014, tổng tỉ lệ biến chứng sớm liên quan trực tiếp đến phẫu thuật đã có cải thiện đáng kể, giảm từ 26,1% xuống còn 21,2%. Chúng tôi nhận thấy với tỉ lệ biến chứng 40,3% ở nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng này ở mức chấp nhận được[1]. Tỉ lệ biến chứng này cao hơn những nghiên cứu trước đó của tác giả Garth hay Jakobson, như chúng tôi đã đề cập, do đây là nghiên cứu tiến cứu, chúng tôi chủ động đánh giá tình trạng bệnh, hạn chế bỏ sót như trong các TH chỉ hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo

Tuy biến chứng sau mổ là một trong những thước đo thông dụng để đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật, chúng lại có hạn chế nếu như chỉ được đề cập đến như là một giá trị nhị biến (có hay không có biến chứng sớm). Do mỗi biến chứng có các mức độ nặng nhẹ, cách xử trí, và tiên lượng khác nhau và vì vậy sẽ rất không hợp lí nếu không phân mức độ nặng khi đánh giá các biến chứng này. Trên cơ sở đó, chúng tôi đã đánh giá mức độ nặng của biến chứng sớm sau mổ theo thang điểm của Clavien-Dindo[7], một trong những thang điểm được chấp nhận và sử dụng rất rộng rãi trong ngoại

khoa. Tỷ lệ biến chứng theo Clavien-Dindo rất đa dạng giữa các nghiên cứu[8].

Phân loại biến chứng theo CCI

Tuy phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo được ứng dụng rộng rãi và thay thế việc chỉ đánh giá biến chứng sớm có hiện hữu hay không như trước đó, phân loại này cũng có một số hạn chế nhất định. Phân loại Clavien-Dindo chỉ đánh giá biến chứng nặng nhất trên người bệnh, bỏ qua các biến chứng đi kèm nếu có. Trên thực tế lâm sàng, một người bệnh có thể gặp nhiều biến chứng và như vậy có ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe, tiên lượng và kế hoạch chăm sóc cho người bệnh. Trên cơ sở đó thang điểm CCI ra đời và khắc phục được hạn chế này, giúp cho việc đánh giá chính xác hơn bằng cách kết hợp tất cả các biến chứng hiện hữu lại theo một thang điểm lũy tiến liên tục

Liên quan giữa TTDD theo SGA và nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm sau mổ

Bằng cách chia người bệnh trong nghiên cứu thành hai nhóm ngay từ đầu với nhóm I gồm 106 người bệnh có TTDD trước mổ bình thường theo SGA và nhóm II gồm 92 người bệnh có biểu hiện SDD theo SGA. Trong nghiên cứu này, những người bệnh SDD với phân loại SGA-B, C có nguy cơ gặp biến chứng sau mổ cao gấp 1,5 lần những người bệnh không có SDD trước mổ (SGA-A), với $RR = 1,536$ với $95\%CI, 1,158 - 2,058, p = 0,003$. Chúng tôi nhận thấy kết quả này có sự khác biệt so với những nghiên cứu trước đó, sự khác biệt này có thể do nhiều nguyên nhân, mà chủ yếu liên quan đến tỷ lệ ung thư trong từng nghiên cứu. Thật vậy, nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Năng hay tác giả Costa bao gồm cả ung thư gan mật tụy và do vậy ảnh hưởng của TTDD lên biến chứng sớm tăng lên đáng kể.

Liên quan giữa TTDD theo SGA và nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm mức độ nặng dựa trên phân loại Clavien-Dindo

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy những người bệnh SDD theo phân loại SGA-B, C có nguy cơ gặp biến chứng nặng sau mổ theo Clavien-Dindo cao gấp 2,8 lần những người bệnh không có SDD trước mổ (SGA-A), $RR = 2,81$ với $95\%CI, 1,00 - 7,86, p = 0,04$.

Tuy có sự khác biệt về nguy cơ xuất hiện biến chứng mức độ nặng sau mổ trên nhóm người bệnh SDD, nhưng chúng tôi nhận thấy kết cục chung vẫn không thay đổi. Người bệnh SDD nếu có xảy ra biến chứng thì tỷ lệ biến chứng mức độ nặng cũng xuất hiện cao hơn với người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

Liên quan giữa TTDD theo SGA và nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm mức độ nặng dựa trên thang điểm CCI

Với ngưỡng điểm $CCI \geq 26,2$ được xác định là biến chứng nặng tương đương với độ III theo phân độ Clavien-Dindo trở lên. chúng tôi nhận thấy nhóm II có nguy cơ xuất hiện biến chứng nặng xảy ra sau mổ cao gấp 2,6 nhóm I, $RR = 2,63$ với $95\%CI, 0,93 - 7,40, p = 0,06$; tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê do hạn chế của cỡ mẫu.

Số lượng người bệnh trong nghiên cứu có biến chứng nặng với điểm $CCI \geq 26,2$ chỉ là 18 người bệnh trong tổng số 198 người bệnh (9,1%). Cỡ mẫu không đủ lớn đã ảnh hưởng đến kết quả thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi, làm cho mối liên quan giữa giữa tình trạng dinh dưỡng theo SGA và nguy cơ xuất hiện biến chứng nặng dựa trên thang điểm CCI chưa đạt ý nghĩa thống kê dù nguy cơ này ở nhóm người bệnh SDD là cao hơn.

Kết luận

Trong nghiên cứu có 46,5% TH có biểu hiện SDD theo phân loại SGA và 49,5% TH có biến chứng sớm xuất hiện sau mổ. Nhận thấy người bệnh SDD (SGAB-C) có nguy cơ xuất hiện biến chứng sau mổ cao gấp 1,5 lần người bệnh không có tình trạng SDD (SGA-A). Về độ nặng của biến chứng theo Clavien- Dindo người bệnh SDD có nguy cơ xuất hiện biến chứng cao gấp 2,8 lần người bệnh không có SDD trước mổ.

Tài liệu tham khảo

1. Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Thị Quỳnh Hoa (2009), “Tình trạng dinh dưỡng người bệnh lúc nhập viện tại bệnh viện Chợ Rẫy”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 13, tr. 305

2. Phạm Văn Năng và các cộng sự. (2008), “Yếu tố nguy cơ dinh dưỡng của biến chứng nhiễm trùng sau mổ trên người bệnh phẫu thuật bụng”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 12, tr. 87-93.
3. Garth. A. K. và các cộng sự. (2010), “Nutritional status, nutrition practices and post-operative complications in patients with gastrointestinal cancer”, J Hum Nutr Diet. 23(4), tr. 393-401.
4. Đặng Trần Khiêm, Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Tấn Cường (2013), “Tình trạng dinh dưỡng chu phẫu và kết quả sớm sau mổ các bệnh gan mật tụy”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 17, tr. 328-334.
5. Nguyễn Hà Thanh Uyên, Đoàn Duy Tân và Phạm Thị Lan Anh (2018), “Tỉ lệ suy dinh dưỡng trước mổ ở người bệnh ung thư đại trực tràng và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh 2017”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr.1-19.
6. Yoon Saunjoo L. và các cộng sự. (2019), “Predicting unintentional weight loss in patients with gastrointestinal cancer”, Journal of cachexia, sarcopenia and muscle. 10(3), tr. 526-535.
7. Clavien. P. A. và các cộng sự. (2009), “The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience”, Ann Surg. 250(2), tr. 187-96.
8. Dindo. D., Demartines. N. và Clavien. P. A. (2004), “Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey”, Ann Surg. 240(2), tr. 205-13.