

trạng xâm lấn bạch mạch và di căn hạch với $p > 0,05$ [7].

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch sau mổ là 32,9%, trong đó di căn hạch tiềm ẩn là 21,5%. Tình trạng di căn hạch cổ có mối tương quan chặt chẽ với kích thước u, độ xâm lấn sâu và giai đoạn T sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. **Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** CA Cancer J Clin. 2021 Feb 4. doi: 10.3322/caac.21660. Epub ahead of print. PMID: 33538338.
2. Ngô Xuân Quý (2019). Nghiên cứu kết quả hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật TC và tỷ lệ bộc lộ một số dấu ấn liên quan đến ung thư lưỡi giai đoạn III- IV (M0), Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Zanoni DK, Montero PH, Migliacci JC, et al (2019). Survival outcomes after treatment of cancer of the oral cavity (1985-2015). Oral Oncol, 2019. 90: 115-121
4. Nguyễn Đức Lợi (2002), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng bệnh ung thư lưỡi điều trị tại bệnh viện K, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Nguyễn Đức Huân (2012), Đánh giá tình trạng di căn hạch cổ trong ung thư lưỡi giai đoạn sớm tại bệnh viện K năm 2012, tạp chí Y học Việt Nam, số 1.
6. Vũ Trung Chính (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và tình trạng di căn hạch cổ trong ung thư lưỡi di động giai đoạn sớm (T1,T2) tại Bệnh viện K, Trường Đại học y Hà Nội, Hà Nội.
7. Cho Jung-Hae, Lee Youn-Soo, Sun Dong-II và cộng sự (2016). Prognostic impact of lymph node micrometastasis in oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas. Head & Neck, 38 (S1), E1777-E1782.
8. André Fernandes d'Alessandro, Fábio Roberto Pinto, Chin Shien Lin và cộng sự (2015). Oral cavity squamous cell carcinoma: factors related to occult lymph node metastasis. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 81, 248-254.
9. Neena Chaudhary, Rajeev Verma, Usha Agarwal và cộng sự (2017). Incidence of occult metastasis in clinically N0 oral tongue squamous cell carcinoma and its association with tumor staging, thickness, and differentiation. Journal of Head & Neck Physicians and Surgeons, 5 (2), 75-78.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRƯỚC PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đoàn Duy Tân*, Võ Duy Long**, Lê Thị Hương***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những loại ung thư (UT) phổ biến nhất trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2018 UTĐTT xếp thứ 3 về tỉ lệ mắc (10,2% với 1.849.518 ca) và xếp thứ 2 về tỉ lệ tử vong (9,2% với 880.792 ca). UT đường tiêu hoá đã được chứng minh có tỉ lệ SDD cao hơn so với các vị trí khác chiếm 20 -85%, trong đó 28 – 52,4% bệnh nhân UTĐTT được chẩn đoán SDD. SDD trước và sau mổ có thể tác động đến quyết định phương pháp điều trị, ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của cơ thể gây tăng nguy cơ biến chứng sau mổ như nhiễm trùng hoặc xì rò vết mổ (5–52%), giảm đáp ứng và tăng chi phí điều trị (hơn 25%), kéo dài thời gian nằm viện (8 - 60 ngày) tăng gấp đôi nếu có SDD nặng chu phẫu, tăng

tỉ lệ tử vong, từ đó làm suy giảm chất lượng cuộc sống, đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 130 bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ 10/2020 - 02/2021. Thông tin được thu thập bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, qua phỏng vấn và khám trực tiếp mặt đối mặt và tra cứu hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Tỉ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật theo PG-SGA: 52,3%, trong đó SDD mức độ nặng chiếm 16,9%, tình trạng theo BMI và albumin lần lượt là: 13,1%, 38,5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cân nặng trước nhập viện 6 tháng và cân nặng khi nhập viện ($p < 0,001$). **Kết luận:** Đánh giá dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng trước khi phẫu thuật nên được thực hiện để can thiệp dinh dưỡng kịp thời, thích hợp và tăng đáp ứng và hiệu quả điều trị.

Từ khóa: suy dinh dưỡng, ung thư đại trực tràng, PG-SGA.

SUMMARY

PRE-OPERATIVE NUTRITIONAL CONDITION IN COLORECTAL CANCER

*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
**Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM; Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
***Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng, Đại học Y Hà Nội.
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Duy Tân
Email: doanduytaan@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 5.01.2021
Ngày phản biện khoa học: 1.3.2021
Ngày duyệt bài: 10.3.2021

PATIENTS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Background: Colorectal Cancer (CC) is one of the common cancers all over the world. According to GLOCOBAN 2018, CC incidence ranked third (10.2%, equal to 1,849,518 cases) and its death rate ranked second (9.2%, equal to 880,792 cases). Gastrointestinal cancer has been proved to have a higher malnutrition rate (20 –85%) compared to other types of cancer, in which 28% - 52.4% of CC patients were diagnosed with malnutrition. Malnutrition before and after operation can impact decisions on treatment and patients' immune system, increase the rate of post-operative complications such as surgical wound infection or drainage (5% - 52%), reduce response, increase the treatment costs (to more than 25%), prolong as well as double the hospitalization (8 – 60 days), raise the death rate. All of those effects would thus deteriorate patients' quality of life, response and prognosis. **Objective:** Identify the malnutrition rate of CC patients at the Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy. **Materials and Methods:** Descriptive cross-sectional study with analysis was conducted on 130 CC patients at the Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy from October 2020 to February 2021. The information was collected by a set of questionnaire which were used during direct interviews, carrying out medical examination and analyzing medical records. **Results:** The malnutrition rate before and after operation by PG-SGA was 52.3%, in which the rate of severe malnutrition accounted for 16.9% and the conditions measured according to BMI and albumin were 13.1% and 38.5% respectively. There was a statistically significant difference in weight measurements taken between 6 months before and during hospitalization ($p < 0.001$). **Conclusions:** The general assessment for CC cancer before and after operation must be conducted to timely and rationally solve any problems and increase the effectiveness in treatment.

Keywords: malnutrition, colorectal cancer, PG-SGA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Theo GLOCOBAN 2018 UTĐTT xếp thứ 3 về tỉ lệ mắc (10,2% với 1.849.518 ca) và xếp thứ 2 về tỉ lệ tử vong (9,2% với 880.792 ca). Trong đó, châu Á chiếm tỉ lệ cao nhất với 51,8% số ca mắc và 52,4% số ca tử vong. Tại Việt Nam năm 2018 tỉ lệ UTĐTT xếp thứ 5 về tỉ lệ mắc (8,9% với 14.333 ca) chỉ sau ung thư gan, phổi, dạ dày và ung thư vú. Bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng tỉ lệ mắc bệnh, nam giới cao hơn nữ giới và có xu hướng trẻ hoá, khoảng 64,4% bệnh nhân sống sót sau 5 năm khi được chẩn đoán mắc bệnh [1].

UT đường tiêu hoá đã được chứng minh có tỉ lệ SDD cao hơn so với các vị trí khác chiếm 20 - 85%, trong đó 28 - 52,4% bệnh nhân UTĐTT được chẩn đoán SDD [2] [3] [4] [5]. Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của bệnh nhân UT chịu ảnh

hưởng từ nhiều yếu tố như vị trí và giai đoạn bệnh, triệu chứng tiêu hoá như nôn ói, giảm nhập năng lượng hay giảm hấp thu do điều trị,... Bên cạnh đó phần lớn bệnh nhân UTĐTT có khẩu phần ăn trước và sau phẫu thuật đều không đạt so với nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, chất sinh năng lượng và các Vitamin cũng như một số chất khoáng. SDD trước và sau mổ có thể tác động đến quyết định phương pháp điều trị, ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của cơ thể gây tăng nguy cơ biến chứng sau mổ như nhiễm trùng hoặc xì rò vết mổ (5 - 52%), giảm đáp ứng và tăng chi phí điều trị (hơn 25%), kéo dài thời gian nằm viện (8 - 60 ngày) tăng gấp đôi nếu có SDD nặng chu phẫu, tăng tỉ lệ tử vong, tử đó làm suy giảm chất lượng cuộc sống, đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh [4] [5] [6] [7]. Vì vậy, việc chẩn đoán và can thiệp sớm SDD chu phẫu là vô cùng quan trọng góp phần làm giảm mức độ nặng của bệnh và tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật, chi phí điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Với mục tiêu nghiên cứu là xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng và các yếu tố liên quan

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả
Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành trên 130 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng có chỉ định phẫu thuật tại khoa Ngoại tiêu hoá Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian tiến hành nghiên cứu 10/2020 - 02/2021.

Kỹ thuật chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng hoặc trực tràng và có chỉ định phẫu thuật tại khoa Ngoại tiêu hoá, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tiêu chí chọn vào. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng hoặc trực tràng và có chỉ định phẫu thuật, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra

Bệnh nhân đang mang thai.
Bệnh nhân đang mắc kèm các bệnh lý liên quan đến phẫu thuật khác.

Bệnh nhân đã được hoá, xạ trước đó.

Phương pháp thu thập số liệu và đánh giá
Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI theo Tổ chức Y tế Thế giới

Không SDD: khi BMI $\geq 18,5$ kg/m²

SDD mức độ nhẹ: khi BMI từ 17 đến 18,49 kg/m²

SDD mức độ vừa: khi BMI từ 16 đến 16,99 kg/m²

SDD nặng: khi BMI < 16 kg/m²

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp PG-SGA. PG-SGA là công cụ đánh giá TTDD riêng cho bệnh nhân UT, được cải biên từ phương pháp đánh giá dinh dưỡng chủ quan toàn cầu SGA, được xây dựng và cộng sự giới thiệu năm 1994 và hoàn thiện năm 2000 [8]. Đánh giá và phân loại PG-SGA

- PG-SGA A (dinh dưỡng tốt): cân nặng ổn định hoặc tăng cân cách đây không lâu; không giảm khẩu phần ăn vào hoặc được cải thiện gần đây; không có bất thường về các chức năng, hoạt động trong 1 tháng qua.

- PG-SGA B (SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD): giảm 5% trong 1 tháng hoặc 10% trong 6 tháng; giảm tiêu thụ khẩu phần ăn; có sự hiện diện của các triệu chứng tác động đến dinh dưỡng; suy giảm các chức năng ở mức độ vừa phải; mất lớp mỡ dưới da hoặc khối lượng cơ vừa phải.

- PG-SGA C (SDD nặng): giảm >5% cân nặng trong 1 tháng hoặc >10% trong 6 tháng; thiếu nghiêm trọng về lượng khẩu phần ăn; có sự hiện diện của các triệu chứng tác động đến ăn uống; suy giảm các chức năng mức độ nặng hoặc suy giảm đột ngột; có dấu hiệu rõ ràng của SDD (mất lớp mỡ dưới da, teo cơ...).

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo albumin huyết thanh

Bình thường: khi albumin huyết thanh trong khoảng 3,5 – 5,2 g/dL

SDD nhẹ - trung bình: khi albumin huyết thanh từ 2,8 đến dưới 3,5g/dL

SDD nặng: khi albumin huyết thanh < 2,8g/dL

Xét nghiệm cận lâm sàng

Số lượng lymphocytes/mm³: là biến thứ tự gồm 3 giá trị:

Bình thường: khi số lượng tế bào lympho/mm³ trong máu ngoại vi > 1500

Giảm nhẹ: khi số lượng lympho/mm³ trong máu ngoại vi từ 900-1500

Giảm nặng: khi tế bào lympho/mm³ trong máu ngoại vi < 900

Hemoglobin: là biến định lượng thu thập từ hồ sơ bệnh án. Chỉ số này được gọi là giảm khi < 12g/dl

Công cụ thu thập dữ kiện

Quá trình tiến hành thu thập dữ liệu

Giải thích mục đích nghiên cứu cho đối tượng. Đưa phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn. Ghi phần hành chính, phỏng vấn bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc trực tiếp mặt đối mặt. Thăm khám và đánh giá PG-SGA, đo các chỉ số nhân trắc. Ghi nhận hồ sơ bệnh án: chẩn

đoán bệnh, các kết quả xét nghiệm (số lượng lympho bào, hemoglobin, albumin huyết thanh).

Thu thập thông tin bằng phiếu điều tra

Công cụ: bộ câu hỏi gồm 5 phần. Phương pháp: phỏng vấn trực tiếp và tra cứu hồ sơ bệnh án

Chỉ số nhân trắc: đo chiều cao cân nặng

Cân nặng: Cân sức khỏe Nhơn Hòa 120kg NHHS-120-K3. Chiều cao: Thước đo chiều cao, sử dụng thước dây với độ chính xác là 0,1 cm.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp PG-SGA

Công cụ: bảng đánh giá PG-SGA, phỏng vấn trực tiếp và thăm khám tại giường bệnh. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo 3 mức độ: PG-SGA-A, PG-SGA-B, PG-SGA-C.

Xử lý số liệu. Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Thống kê mô tả, đối với biến số định tính: dùng tần số và tỉ lệ phần trăm, biến số định lượng: nếu phân phối bình thường thì dùng trung bình độ lệch chuẩn, nếu phân phối không bình thường báo cáo trung vị và khoảng tứ phân vị.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 518/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 27/08/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Đặc điểm dân số xã hội (n=130)

Đặc tính	Tần số	Tỉ lệ %
Giới		
Nam	74	56,9
Nữ	56	43,1
Nhóm tuổi		
Trung bình ± độ lệch chuẩn: 61,5 ± 13,5	Nhỏ nhất: 25 tuổi	Lớn nhất: 98 tuổi
< 60 tuổi	51	39,2
≥ 60 tuổi	79	60,8
Trình độ học vấn		
Tiểu học	15	11,5
THCS	28	21,5
THPT trở lên	87	67,0

Bệnh nhân nam chiếm 56,9% mẫu nghiên cứu. Nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 2/3 dân số nghiên cứu, trình độ học vấn THPT chiếm ưu thế với 67%.

Bảng 2: Cân nặng 6 tháng trước và cân nặng khi nhập viện (n=130)

Cân nặng	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Khi nhập viện	56,2 ± 10,9	30	85
6 tháng trước	58,4 ± 10,5	34	88
	p < 0,001*		

*Kiểm định t bắt cặp

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cân nặng trước nhập viện 6 tháng và cân nặng khi nhập viện ($p < 0,001$).

Bảng 3: Đặc điểm bệnh lý ung thư đại trực tràng ($n=130$)

Vị trí ung thư	Tần số	Tỉ lệ %
Trực tràng	38	29,2
Đại tràng sigma	44	33,9
Đại tràng phải	7	5,4
Đại tràng ngang	7	5,4
Đại tràng góc gan	16	12,3
Đại tràng góc lách	18	13,8
Giai đoạn ung thư		
Giai đoạn I	2	1,5
Giai đoạn II	33	28,4
Giai đoạn III	81	62,3
Giai đoạn IV	14	10,8

Vị trí ung thư thường gặp nhất trong nghiên cứu là đại tràng sigma chiếm 33,9%, tiếp đến là đại tràng góc lách và đại tràng góc gan chiếm 13,8% và 12,3%. Ung thư trực tràng chiếm gần 30% mẫu nghiên cứu.

Bảng 4: Đánh giá chức năng cơ thể ($n=130$)

Chỉ số	Tần số	Tỉ lệ %
Số lượng lympho bào/mm³		
Không giảm ($> 1500/\text{mm}^3$)	87	66,9
Giảm nhẹ ($900 - 1500/\text{mm}^3$)	34	26,2
Giảm nặng ($< 900/\text{mm}^3$)	9	6,9
Hemoglobin		
Không giảm ($\geq 12,2 \text{ g/dL}$)	71	54,6
Giảm ($< 12,2 \text{ g/dL}$)	59	45,4

Tỉ lệ suy giảm chức năng cơ thể theo số lượng lympho bào và hemoglobin lần lượt là 33,1% (giảm nặng chiếm 6,9%) và 45,4%.

Bảng 5: Tình trạng dinh dưỡng theo albumin huyết thanh ($n=130$)

Phân loại	Tần số	Tỉ lệ %
Bình thường	80	61,5
SDD nhẹ - trung bình	46	35,4
SDD nặng	4	3,1

Dựa trên albumin huyết thanh để đánh giá tình trạng dinh dưỡng thì có 38,5% bệnh nhân SDD, trong đó 3,1% bệnh nhân SDD nặng. Tỉ lệ này cao hơn với 1 số nghiên cứu của các tác giả trong nước như Nguyễn Hà Thanh Uyên chiếm 24,5% [2] kết quả không tương đồng có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu, đặc điểm bệnh lý, giai đoạn bệnh cũng như địa điểm thực hiện nghiên cứu.

Bảng 6: Tình trạng dinh dưỡng theo BMI ($n=130$)

Phân loại	Tần số	Tỉ lệ %
Không SDD	113	86,9
SDD mức độ nhẹ	8	6,1
SDD mức độ vừa	5	3,9
SDD nặng	4	3,1

Qua đánh giá dinh dưỡng theo BMI chỉ có 13,1% bệnh nhân suy dinh dưỡng, trong đó SDD mức độ nặng chỉ chiếm 3,1%.

Bảng 7: Tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp PG-SGA ($n=130$)

PG-SGA	Tần số	Tỉ lệ %
PG-SGA loại A (không có nguy cơ SDD)	62	47,7
PG-SGA loại B (nguy cơ SDD)	46	35,4
PG-SGA loại C (SDD nặng)	22	16,9

Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp PG-SGA cho thấy 52,3% các đối tượng được khảo sát bị SDD, trong đó đối tượng SDD nặng chiếm 16,9%. So với một số nghiên cứu tương tự được thực hiện ở nước ngoài, tỉ lệ SDD theo PG-SGA do chúng tôi ghi nhận được tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Mauricio SF và cộng sự 52,4% bệnh nhân được phân loại PG-SGA B và C trước phẫu thuật UTĐTT [3]. Bên cạnh đó, chỉ số BMI chủ yếu đánh giá cân nặng hơn là lượng mỡ thừa, tương quan giữa BMI và lượng mỡ trong cơ thể chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố (tuổi, giới, dân tộc và khối cơ) do vậy BMI không phản ánh được những thay đổi kết cấu cơ thể xảy ra do bệnh mạn tính như ung thư. Do đó, PG-SGA là một trong những phương pháp tốt nhất để đánh giá dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư, dễ thực hiện, chi phí thấp, được sử dụng rộng rãi, xác định được nguy cơ SDD, giúp bệnh nhân hưởng lợi ích từ can thiệp dinh dưỡng sớm, cải thiện lâm sàng và có chất lượng cuộc sống tốt hơn

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ SDD trước mổ ở bệnh nhân UTĐTT có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo từng phương pháp: Phương pháp PG-SGA: 52,3% (trong đó 35,4% nguy cơ SDD; 16,9% SDD nặng), BMI: 13,1% (10% SDD nhẹ - vừa; 3,1% SDD nặng), Albumin huyết thanh: 38,5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cân nặng trước nhập viện 6 tháng và cân nặng khi nhập viện ($p < 0,001$).

Kiến nghị. Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng SDD ở bệnh nhân UTĐTT chiếm tỉ lệ cao, đặc biệt là theo phương pháp PG-SGA và albumin. Do đó, cần tiến hành đánh giá dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân trước khi nhập viện phẫu thuật để phát hiện và can thiệp kịp thời. Đối với những bệnh nhân tình trạng dinh dưỡng tốt theo PG-SGA cần phối hợp kĩ thuật đánh giá khác để xác định tình trạng thừa cân - béo phì. Cần phải thực hiện điều tra khẩu phần ăn cụ thể, đánh giá tính cân đối của khẩu phần và sự thiếu hụt vi chất để đưa ra lời khuyên dinh

dưỡng thích hợp cho bệnh nhân trước khi phẫu thuật và sau khi xuất viện. Đặc biệt là các bệnh nhân UTĐTT sau khi phẫu thuật cần phải có tình trạng dinh dưỡng tốt để tiến hành các phương pháp điều trị tiếp theo như hóa trị, xạ trị, góp phần tăng đáp ứng điều trị, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **Nguyễn Hà Thanh Uyên, Đoàn Duy Tân, và Phạm Thị Lan Anh (2018).** Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước mổ bệnh nhân ung thư đại trực tràng và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Bình Dân Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 22(1), 122–129.
3. **Mauricio S.F., Xiao J., Prado C.M. và cộng sự. (2018).** Different nutritional assessment tools as predictors of postoperative complications in patients undergoing colorectal cancer resection. *Clin Nutr Edinb Scotl*, 37(5), 1505–1511.
4. **Arends J., Bachmann P., Baracos V. và cộng sự. (2017).** ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*, 36(1), 11–48.
5. **Caballero C.I.A., Lapitan M.C.M., và Buckley B.S. (2012).** Nutritional assessment of adult cancer patients admitted at the Philippine general hospital using the scored patient-generated subjective global assessment tool (PG-SGA). *Clin Nutr Suppl*, 7(1), 186–187.
6. **Hu W.-H., Cajas-Monson L.C., Eisenstein S. và cộng sự. (2015).** Preoperative malnutrition assessments as predictors of postoperative mortality and morbidity in colorectal cancer: an analysis of ACS-NSQIP. *Nutr J*, 14.
7. **Santos A.F. dos, Rabelo Junior A.A., Campos F.L.B. và cộng sự. (2017).** Scored patient-generated Subjective Global Assessment: Length of hospital stay and mortality in cancer patients. *Rev Nutr*, 30(5), 545–553.
8. **Ottery, F. D, McCallum, P. D, và Polisen, C. G (2000).** Patient generated subjective global assessment. 11–23.

HIỆU QUẢ THẢI SẮT Ở TRẺ EM MẮC BETA-THALASSEMIA TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI AN GIANG

Nguyễn Ngọc Rạng¹, Trang Thanh Minh Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của liệu pháp thải sắt bằng deferoxamine (DFO) so với deferiprone (DFP) ở bệnh nhân mắc beta-thalassemia. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ gồm 44 bệnh nhân từ 6-15 tuổi mắc beta-thalassemia thể nặng, 17 bệnh nhân thải sắt bằng DFO và 27 bệnh nhân thải sắt bằng DFP uống. DFO được tiêm dưới da với tổng liều hàng ngày là 25-35 mg/kg trong 3-4 ngày mỗi tuần. DFP với liều là 75 mg/kg/ ngày, uống trong 6 ngày mỗi tuần. Hiệu quả của điều trị được đánh giá bằng đo nồng độ ferritin và men gan (AST, ALT) trong huyết thanh sau 6 và 12 tháng điều trị. **Kết quả:** Trong số 44 bệnh nhân, 17 bệnh nhân tiêm truyền DFO có kết quả tốt. Sau 12 tháng điều trị, mức ferritin huyết thanh trung vị giảm từ 4362 xuống 3022 ng/mL ($p = 0,024$) và AST/ALT trung vị giảm từ 88/77 U/L xuống 54/56 U/L ($p < 0,001$). Trong nhóm 27 bệnh nhân uống DFP, chúng tôi nhận thấy DFP không có hiệu quả trong việc thải sắt, nồng độ ferritin tăng từ 4417 lên 4882 ng/mL ($p = 0,825$) và men gan (AST / ALT) cũng không giảm sau 12 tháng điều trị ($p >$

0,05). **Kết luận:** Thải sắt bằng tiêm truyền deferoxamine làm giảm đáng kể ferritin huyết thanh và men gan. Deferiprone đường uống không có hiệu quả thải sắt và giảm men gan ở trẻ em mắc beta-thalassemia thể nặng.

Từ khóa: Thalassemia, thải sắt, deferoxamine, deferiprone

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF IRON-CHELATION THERAPY IN CHILDREN WITH BETA-THALASSEMIA MAJOR AT THE WOMEN AND CHILDREN HOSPITAL OF AN GIANG

Objectives: The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of iron-chelation therapy with deferoxamine (DFO) versus deferiprone (DFP) in patients with beta-thalassemia. **Patients and methods:** Our cohort study was performed in 44 patients with beta-thalassemia major (17 patients received DFO, 27 patients received DFP). DFO was administered subcutaneously in a total daily dose of 25-35 mg/kg for 3-4 days per week and DFP was administered orally in a total daily dose of 75 mg/kg for 6 days per week. The efficacy of treatment was assessed by measurements of serum ferritin and transaminase (AST, ALT) levels. **Results:** Out of the 44 patients, 17 receiving DFO showed a good results. After 12-month therapy, their median serum ferritin levels reduced from 4362 to 3022 ng/mL ($p = 0.024$) and their median AST/ALT reduced from 88/77 U/L to 54/56 U/L ($p < 0,001$). Whereas, 27 patients receiving

¹Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Sản Nhi An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Rạng

Email: nguyenngocrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2021

Ngày duyệt bài: 9.3.2021