Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 10, 193-196

ASSOCIATION BETWEEN PREOPERATIVE NUTRITIONAL STATUS AND WOUND HEALING OUTCOMES IN MARJOLIN'S ULCER PATIENTS UNDERGOING WIDE EXCISION AND SKIN GRAFTING

Tong Duc Minh[1], Nguyen Thi Nhung[2], Le Minh Phong[3], Nguyen Hoang Trung[1]

[1]*Vietnam Military Medical University*
[2]*Le Huu Trac National Burn Hospital*
[3]*Military Hospital 175*

Received: 22/7/2026
Reviced: 24/8/2026; Accepted:

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between preoperative nutritional status and wound healing outcomes and postoperative complications in Marjolin's ulcer patients undergoing wide excision and skin grafting.

Subjects and methods: A descreptive cohort study with 30-day follow-up was conducted on 32 Marjolin's ulcer patients undergoing wide excision and split-thickness skin grafting at the National Burn Hospital and Military Hospital 175 (January 2022 – December 2025). Preoperative nutrition was assessed using NRS-2002, GLIM criteria, and multi-frequency bioelectrical impedance analysis.

Results: Malnutrition by GLIM was present in 40.6%. Graft survival on day 7 was 90.1% overall, lower in malnourished patients (84.2% vs 94.1%; p = 0.013). Complete healing within 30 days was 87.5%; at least one wound complication occurred in 34.4%. Malnourished patients had higher rates of delayed healing (53.8% vs 10.5%; p = 0.015), longer healing time (27 vs 18 days; p = 0.002), and longer time to radiotherapy (p = 0.018). GLIM malnutrition (OR = 8.53; p = 0.021), albumin < 35 g/L, and local infection (both OR = 7.44; p = 0.020) were significantly associated with wound complications.

Conclusion: Preoperative malnutrition is associated with poorer wound healing and increased complications after wide excision and skin grafting in Marjolin's ulcer patients. Preoperative nutritional assessment and optimization are warranted.

Keywords: Marjolin's ulcer, preoperative nutrition, wound healing, skin grafting, complications, GLIM.

*Corresponding author
Email: nguyenhoangtrung1906@gmail.com **Phone**: (+84) 868.838.151 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRƯỚC PHẪU THUẬT VỚI KẾT QUẢ LIỀN VẾT THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN LOÉT MARJOLIN ĐƯỢC PHẪU THUẬT CẮT RỘNG VÀ GHÉP DA

Tống Đức Minh[1], Nguyễn Thị Nhung[2], Lê Minh Phong[3], Nguyễn Hoàng Trung[1]

[1]*Học viện Quân y*
[2] *Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác*
[3]*Bệnh viện Quân y 175*

Ngày nhận bài: 22/7/2026
Ngày chỉnh sửa: 24/8/2026; Ngày duyệt đăng:

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật với kết quả liền vết thương và biến chứng ở bệnh nhân loét Marjolin được cắt rộng và ghép da.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc 30 ngày trên 32 bệnh nhân loét Marjolin được cắt rộng và ghép da mỏng tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia và Bệnh viện Quân y 175 (01/2022–12/2025). Dinh dưỡng đánh giá trước mổ bằng NRS-2002, GLIM và trở kháng điện sinh học.

Kết quả: Có 40,6% bệnh nhân suy dinh dưỡng theo GLIM. Tỷ lệ sống mảnh ghép ngày thứ 7 thấp hơn ở nhóm suy dinh dưỡng (84,2% so với 94,1%; p = 0,013). Liền vết thương hoàn toàn trong 30 ngày đạt 87,5%; biến chứng vết thương gặp ở 34,4%. Nhóm suy dinh dưỡng có tỷ lệ chậm liền cao hơn (53,8% so với 10,5%; p = 0,015), thời gian liền dài hơn (27 so với 18 ngày; p = 0,002). Suy dinh dưỡng GLIM (OR = 8,53), albumin < 35 g/L và nhiễm khuẩn tại chỗ (đều OR = 7,44) liên quan có ý nghĩa với biến chứng (p < 0,05).

Kết luận: Suy dinh dưỡng trước mổ liên quan với liền vết thương kém và tăng biến chứng sau cắt rộng, ghép da. Cần đánh giá và tối ưu hóa dinh dưỡng trước phẫu thuật.

Từ khóa: loét Marjolin, dinh dưỡng trước phẫu thuật, liền vết thương, ghép da, biến chứng, GLIM.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét Marjolin là tổn thương ác tính phát sinh trên nền sẹo bỏng hoặc vết loét mạn tính, phần lớn là ung thư biểu mô tế bào vảy, thường được phát hiện muộn với tổn thương lớn cần cắt rộng và tái tạo che phủ [1]. Phẫu thuật cắt rộng kết hợp ghép da là phương pháp điều trị chính, trong đó kết quả liền vết thương và sự sống của mảnh ghép quyết định trực tiếp đến thời gian hồi phục cũng như thời điểm bắt đầu điều trị bổ trợ.

Dinh dưỡng đóng vai trò thiết yếu trong liền vết thương qua nhiều cơ chế: cung cấp protein và acid amin cho tổng hợp collagen, hỗ trợ tăng sinh nguyên bào sợi và tân tạo mạch máu, và duy trì chức năng miễn dịch chống nhiễm khuẩn [2]. Suy dinh dưỡng làm chậm các quá trình này, tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, hoại tử mảnh ghép và chậm liền vết thương. Ở bệnh nhân loét Marjolin, nguy cơ suy dinh dưỡng đặc biệt cao do tổn thương hở mạn tính, nhiễm khuẩn tại chỗ và tình trạng viêm kéo dài, song mối liên quan giữa dinh dưỡng trước phẫu thuật với kết quả liền vết thương ở nhóm bệnh lý đặc thù này chưa được nghiên cứu đầy đủ.

Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật với kết quả liền vết thương và biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân loét Marjolin được cắt rộng và ghép da.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 32 bệnh nhân loét Marjolin được phẫu thuật cắt rộng và ghép da tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia và Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2025. Người bệnh được đánh giá dinh dưỡng trước phẫu thuật và theo dõi kết quả liền vết thương trong 30 ngày sau mổ.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên; chẩn đoán xác định loét Marjolin bằng mô bệnh học; được phẫu thuật cắt rộng tổn thương và che phủ bằng ghép da mỏng; có đầy đủ chỉ số đánh giá dinh dưỡng trước mổ và thông tin theo dõi vết thương ít nhất 30 ngày.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: che phủ bằng phương pháp khác không phải ghép da; phù toàn thân, cổ trướng hoặc rối loạn cân bằng dịch rõ rệt làm sai lệch phép đo thành phần cơ thể; hồ sơ thiếu kết cục chính hoặc không hoàn thành theo dõi 30 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả có phân tích, theo dõi dọc 30 ngày sau phẫu thuật. Chọn mẫu liên tiếp, gồm toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Thực tế chúng tôi lựa chọn được 32 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn.

2.2.2. Đánh giá dinh dưỡng trước phẫu thuật:

Thu thập tuổi, giới, vị trí, kích thước, diện tích tổn thương, giai đoạn bệnh, nhiễm khuẩn tại chỗ; cân nặng, chiều cao, BMI, tỷ lệ sụt cân trong 6 tháng và thành phần cơ thể bằng trở kháng điện sinh học (TANITA). Nguy cơ dinh dưỡng được sàng lọc bằng NRS-2002 [4]. Suy dinh dưỡng được chẩn

*Tác giả liên hệ
Email: nguyenhoangtrung1906@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 868.838.151 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

đoán theo tiêu chí GLIM khi có ít nhất một tiêu chí kiểu hình (sụt cân không chủ ý, BMI thấp hoặc giảm khối cơ) kết hợp ít nhất một tiêu chí căn nguyên (giảm lượng ăn hoặc tình trạng viêm liên quan bệnh) [3]. Giảm khối cơ được xác định khi chỉ số khối cơ xương < 7,0 kg/m^2 ở nam và < 5,7 kg/m^2 ở nữ [5]. Chỉ số PNI tính theo: PNI = 10 × albumin (g/dL) + 0,005 × số lượng lymphocyte toàn phần (/mm^3) [6].

2.2.3. Phương pháp phẫu thuật và theo dõi:

Tổn thương được cắt rộng theo chỉ định chuyên môn, che phủ bằng ghép da mỏng. Vết thương được đánh giá tại ngày 7, 14, 21 và 30 sau mổ. Tỷ lệ sống mảnh ghép được xác định bằng tỷ lệ phần trăm diện tích mảnh ghép sống so với tổng diện tích ghép. Thời gian liền vết thương hoàn toàn tính từ ngày phẫu thuật đến khi bề mặt tổn thương biểu mô hóa hoàn toàn, không còn tiết dịch và không cần băng chuyên biệt.

2.2.4. Kết cục nghiên cứu:

Kết cục chính là có ít nhất một biến chứng vết thương trong 30 ngày, gồm nhiễm khuẩn vết mổ, mất một phần hoặc toàn bộ mảnh ghép, tách vết mổ hoặc hoại tử mép vết thương, chậm liền vết thương trên 21 ngày, hoặc cần ghép da lại. Kết cục phụ gồm tỷ lệ sống mảnh ghép ngày 7, thời gian liền vết thương hoàn toàn, thời gian nằm viện sau mổ, thời gian từ phẫu thuật đến bắt đầu xạ trị và trì hoãn xạ trị trên 6 tuần do vết thương chưa liền.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu phân tích bằng SPSS 26.0. Biến định lượng phân bố chuẩn trình bày bằng trung bình ± SD, so sánh bằng t-test độc lập hoặc Welch; biến không phân bố chuẩn trình bày bằng trung vị (IQR), so sánh bằng Mann-Whitney U. Biến định tính trình bày bằng n (%), so sánh bằng Chi-square hoặc Fisher's exact test. Mối liên quan với biến chứng biểu thị bằng OR thô và KTC 95%. Do chỉ có 11 biến cố, nghiên cứu ưu tiên phân tích đơn biến. Ngưỡng ý nghĩa thống kê p < 0,05.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của các cơ sở nghiên cứu chấp thuận. Thông tin người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, dinh dưỡng và phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n = 32)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, năm, trung bình ± SD	54,7 ± 11,8
Nam giới, n (%)	20 (62,5)
Tổn thương trên nền sẹo bỏng, n (%)	27 (84,4)
Thời gian tiềm tàng đến ác tính hóa, năm, trung vị (IQR)	26,5 (18,0–35,0)
Tổn thương ở chi dưới, n (%)	21 (65,6)
Đường kính tổn thương ≥5 cm, n (%)	17 (53,1)
Nhiễm khuẩn tại chỗ trước mổ, n (%)	11 (34,4)
Suy dinh dưỡng theo GLIM, n (%)	13 (40,6)
Albumin < 35 g/L, n (%)	11 (34,4)
Giảm tỉ lệ khối cơ, n (%)	13 (40,6)
Thời gian phẫu thuật, phút, trung bình ± SD	110,4 ± 28,1
Diện tích ghép da, cm^2, trung vị (IQR)	142 (90–220)

Tuổi trung bình 54,7 ± 11,8 tuổi; nam chiếm 62,5%. Phần lớn trường hợp phát triển trên nền sẹo bỏng (84,4%) và khu trú ở chi dưới (65,6%). Có 53,1% tổn thương đường kính từ 5 cm trở lên, 34,4% có nhiễm khuẩn tại chỗ trước mổ và 40,6% bệnh nhân suy dinh dưỡng theo GLIM.

Bảng 2. Kết quả liền vết thương và biến chứng trong 30 ngày sau phẫu thuật (n = 32)

Kết quả sau phẫu thuật	Giá trị
Tỷ lệ sống của mảnh ghép ngày thứ 7, %, trung bình ± SD	90,1 ± 10,1
Liền vết thương hoàn toàn trong 21 ngày, n (%)	23 (71,9)
Liền vết thương hoàn toàn trong 30 ngày, n (%)	28 (87,5)
Thời gian liền vết thương hoàn toàn, ngày, trung vị (IQR)	21 (17–29)
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật, ngày, trung vị (IQR)	18 (14–24)
Nhiễm khuẩn vết mổ, n (%)	6 (18,8)
Mất một phần mảnh ghép, n (%)	7 (21,9)
Tách vết mổ hoặc hoại tử mép vết thương, n (%)	3 (9,4)
Chậm liền vết thương > 21 ngày, n (%)	9 (28,1)
Cần ghép da lại, n (%)	2 (6,3)
Có ít nhất một biến chứng vết thương, n (%)	11 (34,4)
Thời gian từ phẫu thuật đến bắt đầu xạ trị, ngày, trung vị (IQR)	31 (26–39)
Trì hoãn xạ trị > 6 tuần do vết thương chưa liền, n (%)	5 (15,6)
Tử vong trong 30 ngày, n (%)	0 (0,0)

Tỷ lệ sống trung bình của mảnh ghép tại ngày thứ 7 đạt 90,1%; 87,5% bệnh nhân liền vết thương hoàn toàn trong 30 ngày. Ít nhất một biến chứng vết thương được ghi nhận ở 34,4% bệnh nhân, thường gặp nhất là chậm liền vết thương (28,1%), mất một phần mảnh ghép (21,9%) và nhiễm khuẩn vết mổ (18,8%). Không ghi nhận tử vong trong 30 ngày.

Bảng 3. Kết quả liền vết thương theo tình trạng suy dinh dưỡng trước phẫu thuật

Kết quả	Không suy dinh dưỡng (n=19)	Suy dinh dưỡng (n=13)	p
Tỷ lệ sống mảnh ghép ngày thứ 7, %	94,1 ± 6,3	84,2 ± 11,8	0,013
Nhiễm khuẩn vết mổ, n (%)	2 (10,5)	4 (30,8)	0,194
Mất một phần mảnh ghép, n (%)	2 (10,5)	5 (38,5)	0,091
Chậm liền vết thương > 21 ngày, n (%)	2 (10,5)	7 (53,8)	0,015
Cần ghép da lại, n (%)	0 (0,0)	2 (15,4)	0,157
Có ít nhất một biến chứng vết thương, n (%)	3 (15,8)	8 (61,5)	0,021
Thời gian liền vết thương, ngày	18 (15–23)	27 (22–35)	0,002
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật, ngày	15 (12–19)	22 (17–29)	0,005
Thời gian từ phẫu thuật đến xạ trị, ngày	28 (24–34)	38 (29–47)	0,018
Trì hoãn xạ trị > 6 tuần, n (%)	1 (5,3)	4 (30,8)	0,132

Nhóm suy dinh dưỡng có tỷ lệ sống mảnh ghép ngày thứ 7 thấp hơn, tỷ lệ chậm liền vết thương và tỷ lệ có ít nhất một biến chứng cao hơn nhóm không suy dinh dưỡng. Thời gian liền vết thương, thời gian nằm viện và thời gian từ phẫu thuật đến bắt đầu xạ trị cũng kéo dài hơn có ý nghĩa ở nhóm suy dinh dưỡng (p<0,05). Tỷ lệ nhiễm khuẩn, mất một phần mảnh ghép, ghép da lại và trì hoãn xạ trị cao hơn nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 4. Một số yếu tố trước phẫu thuật liên quan với biến chứng vết thương trong 30 ngày

Yếu tố	Có biến chứng (n=11)	Không biến chứng (n=21)	OR thô (KTC 95%)	p
Tuổi ≥60	6 (54,5)	7 (33,3)	2,40 (0,54–10,69)	0,283
Suy dinh dưỡng theo GLIM	8 (72,7)	5 (23,8)	8,53 (1,62–45,06)	0,021

Yếu tố	Có biến chứng (n=11)	Không biến chứng (n=21)	OR thô (KTC 95%)	p
Albumin < 35 g/L	7 (63,6)	4 (19,0)	7,44 (1,44–38,41)	0,020
Giảm khối cơ	7 (63,6)	6 (28,6)	4,38 (0,93–20,63)	0,072
Đường kính tổn thương ≥5 cm	8 (72,7)	9 (42,9)	3,56 (0,73–17,32)	0,147
Nhiễm khuẩn tại chỗ trước mổ	7 (63,6)	4 (19,0)	7,44 (1,44–38,41)	0,020

Suy dinh dưỡng theo GLIM, albumin < 35 g/L và nhiễm khuẩn tại chỗ trước phẫu thuật liên quan có ý nghĩa với biến chứng vết thương trong 30 ngày. Bệnh nhân suy dinh dưỡng có odds biến chứng cao gấp 8,53 lần so với bệnh nhân không suy dinh dưỡng. Giảm khối cơ và đường kính tổn thương ≥5 cm có xu hướng làm tăng odds biến chứng nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật và kết quả liền vết thương ở bệnh nhân loét Marjolin được cắt rộng và ghép da. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo GLIM 40,6% trong nhóm nghiên cứu là đáng kể, kết quả này phù hợp với phổ suy dinh dưỡng được ghi nhận ở bệnh nhân ung thư và đặc biệt cao ở nhóm có tổn thương hở mạn tính [7]. Đây là điểm cần lưu ý vì nhóm bệnh nhân này thường được tập trung đánh giá về ung thư học mà ít được chú trọng đầy đủ về dinh dưỡng trước phẫu thuật.

Tỷ lệ sống mảnh ghép ngày thứ 7 ở nhóm suy dinh dưỡng thấp hơn có ý nghĩa thống kê (84,2% so với 94,1%; p = 0,013). Sự khác biệt này có thể được lí giải là do mảnh ghép da mỏng phụ thuộc hoàn toàn vào quá trình thẩm thấu huyết tương và tân tạo mạch máu từ nền ghép trong những ngày đầu, mà cả hai quá trình này đều đòi hỏi cung cấp đủ protein, năng lượng, vi chất và oxy mô [2]. Suy dinh dưỡng làm giảm tổng hợp collagen, suy yếu tăng sinh nguyên bào sợi và làm chậm tân tạo mạch máu, dẫn đến giảm khả năng bám sống của mảnh ghép. Tình trạng giảm albumin máu, gặp ở phần lớn bệnh nhân suy dinh dưỡng, còn làm tăng phù nề mô kẽ và giảm áp lực keo, ảnh hưởng bất lợi đến vi tuần hoàn tại nền ghép.

Các khác biệt liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng còn được ghi nhận ở thời gian liền vết thương và thời gian nằm viện. Nhóm suy dinh dưỡng có tỷ lệ chậm liền vết thương cao hơn có ý nghĩa thống kê (53,8% so với 10,5%; p = 0,015), thời gian liền vết thương kéo dài hơn (trung vị 27 so với 18 ngày; p = 0,002) và thời gian nằm viện dài hơn (p = 0,005). Những phát hiện này nhất quán với các bằng chứng trong y văn về vai trò trung tâm của dinh dưỡng trong cả ba pha của quá trình liền vết thương: pha viêm, pha tăng sinh và pha tái cấu trúc [2, 9]. Tỷ lệ có ít nhất một biến chứng vết thương ở nhóm suy dinh dưỡng cao gấp gần bốn lần (61,5% so với 15,8%; p = 0,021), kết quả nghiên cứu này cho thấy suy dinh dưỡng có liên quan với biến chứng vết thương trong phân tích đơn biến đối với kết quả phẫu thuật.

Phân tích đơn biến xác định ba yếu tố liên quan có ý nghĩa với biến chứng vết thương: suy dinh dưỡng theo GLIM (OR = 8,53), albumin < 35 g/L (OR = 7,44) và nhiễm khuẩn tại chỗ trước mổ (OR = 7,44). Sự đồng xuất hiện của ba yếu tố này phản ánh một vòng xoắn bệnh lý là tổn thương hở và nhiễm khuẩn mạn tính thúc đẩy phản ứng viêm và tiêu hao protein, dẫn đến suy dinh dưỡng; ngược lại, suy dinh dưỡng làm suy giảm miễn dịch và khả năng kiểm soát nhiễm khuẩn, làm chậm liền vết thương. Albumin thấp vừa phản ánh tình trạng dinh dưỡng vừa là chỉ điểm của viêm, do đó cần được diễn giải trong bệnh cảnh lâm sàng tổng thể chứ không đơn thuần là chỉ số dinh dưỡng [3]. Giảm khối cơ và đường kính tổn thương lớn có xu hướng làm tăng nguy cơ biến chứng nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê, điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu này còn hạn chế làm giảm sức mạnh phát hiện.

Một hệ quả lâm sàng là tác động của suy dinh dưỡng đến điều trị ung thư bổ trợ. Thời gian từ phẫu thuật đến bắt đầu xạ trị ở nhóm suy dinh dưỡng kéo dài hơn có ý nghĩa (trung vị 38 so với 28 ngày; p = 0,018), và tỷ lệ trì hoãn xạ trị trên 6 tuần cao hơn dù chưa đạt ý nghĩa thống kê. Trì hoãn điều trị bổ trợ do vết thương chưa liền có thể ảnh hưởng bất lợi đến kiểm soát ung thư tại chỗ, đặc biệt với ung thư biểu mô tế bào vảy có nguy cơ tái phát cao. Kết quả nghiên cứu này cho thấy rằng tối ưu hóa dinh dưỡng trước phẫu thuật không chỉ cải thiện kết quả liền vết thương mà còn gián tiếp hỗ trợ tiến trình điều trị ung thư toàn diện. Trong thực hành, đánh giá dinh dưỡng hệ thống và can thiệp dinh dưỡng tiền phẫu, bao gồm bổ sung protein, năng lượng và kiểm soát nhiễm khuẩn tại chỗ, nên được lồng ghép vào quy trình chuẩn bị phẫu thuật cho nhóm bệnh nhân này [8].

Hạn chế của nghiên cứu gồm cỡ mẫu nhỏ với chỉ 11 biến cố, hạn chế khả năng phân tích đa biến và làm khoảng tin cậy của OR rộng. Thiết kế quan sát không cho phép khẳng định quan hệ nhân quả trực tiếp giữa suy dinh dưỡng và biến chứng. Thời gian theo dõi 30 ngày phản ánh kết quả liền vết thương sớm nhưng chưa đánh giá được kết quả dài hạn về tái phát và sống còn. Cần nghiên cứu can thiệp với cỡ mẫu lớn hơn để xác định liệu cải thiện dinh dưỡng trước mổ có làm giảm biến chứng vết thương hay không.

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu trên 32 bệnh nhân loét Marjolin được cắt rộng và ghép da, nhóm suy dinh dưỡng theo GLIM có tỷ lệ sống mảnh ghép ngày thứ 7 thấp hơn, tỷ lệ chậm liền và biến chứng vết thương cao hơn, đồng thời có thời gian liền vết thương và nằm viện dài hơn nhóm không suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng theo GLIM, albumin <35 g/L và nhiễm khuẩn tại chỗ trước mổ có liên quan với biến chứng trong phân tích đơn biến.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bazalinski D, Przybek-Mita J, Baranska B, Wiech P. (2017). Marjolin's ulcer in chronic wounds — review of available literature. Contemp Oncol (Pozn), 21(3):197-202.
[2] Stechmiller JK. (2010). Understanding the role of nutrition and wound healing. Nutr Clin Pract, 25(1):61-68.
[3] Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr, 38(1):1-9.
[4] Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. (2003). Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr, 22(3):321-336.
[5] Chen LK, Liu LK, Woo J, et al. (2014). Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. J Am Med Dir Assoc, 15(2):95-101.
[6] Onodera T, Goseki N, Kosaki G. (1984). Prognostic nutritional index in gastrointestinal surgery of malnourished cancer patients. Nihon Geka Gakkai Zasshi, 85(9):1001-1005.
[7] Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr, 36(1):11-48.
[8] Gillis C, Carli F. (2015). Promoting perioperative metabolic and nutritional care. Anesthesiology, 123(6):1455-1472.
[9] Williams JZ, Barbul A. (2003). Nutrition and wound healing. Surg Clin North Am, 83(3):571-596.