

## NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ESOPHAGEAL CANCER PATIENTS UNDERGOING GASTROSTOMY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2024-2025

Le Thi Dieu Thu<sup>1\*</sup>, Hoang Viet Bach<sup>2</sup>, Nguyen Ha Thu<sup>1</sup>, Dao Thi Mai Hanh<sup>1</sup>, Le Thi Huong<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Institute of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung,  
Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*

<sup>2</sup>*K Hospital - 30 Cau Buou, Thanh Liet ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 22/7/2025

Revised: 01/8/2025; Accepted: 08/9/2025

### ABSTRACT

**Objective:** To assess the nutritional status and related factors among esophageal cancer patients undergoing gastrostomy at K Hospital period 2024-2025.

**Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted among 96 patients at K Hospital, Tan Trieu campus. Nutritional status was evaluated using PG-SGA, BMI, serum albumin, combined with clinical and laboratory parameters.

**Results:** The prevalence of malnutrition according to PG-SGA was 81.25%, including 54.17% at moderate level (PG-SGA B) and 27.08% at severe level (PG-SGA C). Hypoalbuminemia (< 35 g/l) was found in 86.46% of patients. Based on BMI, 16.67% were undernourished, and 3.12% were overweight/obese. Patients over 70 years old, those with education below high school, living in rural areas, with comorbidities, dysphagia grade 2, and stage IV cancer have higher malnutrition prevalence in compare with other group. However, these factors were not statistically significant related.

**Conclusion:** Malnutrition is common among esophageal cancer patients undergoing gastrostomy. Early nutritional screening and intervention are essential to improve patient condition, support treatment, and enhance outcomes.

**Keywords:** Malnutrition, esophageal cancer, gastrostomy.

---

\*Corresponding author

**Email:** dieuthu1209@gmail.com **Phone:** (+84) 357564815 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i5.3113**



# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ THỰC QUẢN CÓ CHỈ ĐỊNH MỞ THÔNG DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2024-2025

Lê Thị Diệu Thu<sup>1\*</sup>, Hoàng Việt Bách<sup>2</sup>, Nguyễn Hà Thu<sup>1</sup>, Đào Thị Mai Hạnh<sup>1</sup>, Lê Thị Hương<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*

<sup>2</sup>*Bệnh viện K - 30 Cầu Bươu, phường Thanh Liệt, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 22/7/2025

Ngày chỉnh sửa: 01/8/2025; Ngày duyệt đăng: 08/9/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư thực quản có chỉ định mở thông dạ dày tại Bệnh viện K giai đoạn 2024-2025.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 96 bệnh nhân ung thư thực quản tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng PG-SGA, BMI, albumin huyết thanh, kết hợp với thông tin lâm sàng và cận lâm sàng.

**Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo PG-SGA là 81,25%, trong đó PG-SGA mức B (suy dinh dưỡng nhẹ/vừa) chiếm 54,17% và mức C (suy dinh dưỡng nặng) chiếm 27,08%. Theo albumin, 86,46% bệnh nhân có nồng độ dưới 35 g/l. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI là 16,67%, và 3,12% bệnh nhân thừa cân/béo phì. Người bệnh tuổi trên 70, trình độ học vấn dưới trung học phổ thông, sống tại nông thôn, có bệnh mạn tính, nuốt nghẹn độ 2 và giai đoạn bệnh IV có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn so với các nhóm còn lại. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

**Kết luận:** Tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư thực quản có chỉ định mở thông dạ dày là phổ biến, đặc biệt khi đánh giá bằng PG-SGA và albumin. Cần triển khai sàng lọc và can thiệp dinh dưỡng sớm để cải thiện thể trạng, hỗ trợ điều trị và nâng cao tiên lượng cho người bệnh.

**Từ khóa:** Suy dinh dưỡng, ung thư thực quản, mở thông dạ dày.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là một trong những ung thư phổ biến không chỉ tại Việt Nam mà cả trên thế giới [1]. Trên toàn thế giới vào năm 2022, ung thư thực quản (UTTQ) được chẩn đoán phổ biến thứ 11 và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ 7 với khoảng 511.000 ca mắc mới và 445.000 ca tử vong [2]. Theo thống kê của GLOBOCAN năm 2022, tại Việt Nam, UTTQ đứng thứ 12 trong những loại ung thư thường gặp với 3.686 ca mắc mới, 3.470 ca tử vong mỗi năm và tỷ lệ mắc là 1,4/100.000 dân [3].

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của UTTQ là nuốt nghẹn. Bản chất thực quản có tính đàn hồi nên khi có nuốt nghẹn, khẩu kính thực quản chỉ còn khoảng 1 cm<sup>2</sup> và u đã lan ra 2/3 chu vi thực quản. Tình trạng nuốt nghẹn đã làm cho bệnh nhân sợ ăn, không ăn được, đồng thời với quá trình tăng chuyển hóa của ung thư và ảnh hưởng của các phương pháp điều trị dẫn tới bệnh nhân dễ bị sụt cân, suy dinh dưỡng (SDD), nặng hơn là suy mòn [4]. Tình trạng SDD ở bệnh nhân UTTQ trong bệnh viện chiếm tỉ lệ cao. Tại Việt Nam, theo nghiên

cứu của Trần Châu Quyên và cộng sự vào năm 2017 trên đối tượng UTTQ có đến 50,2% bệnh nhân bị SDD [5]. Do tình trạng dinh dưỡng kém, phần lớn bệnh nhân UTTQ được phẫu thuật mở thông dạ dày để nuôi dưỡng trong suốt quá trình điều trị sau đó. Dinh dưỡng đóng vai trò then chốt trong điều trị ung thư, đặc biệt với các ung thư đường tiêu hóa. Việc phát hiện và can thiệp sớm tình trạng SDD sẽ giúp cải thiện tiên lượng, giảm biến chứng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh UTTQ trước phẫu thuật mở thông dạ dày tại Bệnh viện K năm 2024-2025 với 2 mục tiêu: (1) Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh UTTQ trước mở thông dạ dày; (2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh UTTQ có chỉ định phẫu thuật mở thông dạ dày, đang điều trị tại Khoa Ngoại bụng 1 và 2, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều, từ năm 2024-2025.

\*Tác giả liên hệ

Email: dieuthu1209@gmail.com Điện thoại: (+84) 357564815 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i5.3113>

## 2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

## 2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: 96 người bệnh.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh UTTQ có chỉ định mổ thông dạ dày, đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

## 2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi ở, dân tộc, kinh tế hộ gia đình, giai đoạn bệnh, vị trí khối u, mô bệnh học, bệnh kèm theo, hút thuốc, uống rượu, mức độ nuốt nghẹn.

- Chỉ số nhân trắc học: cân nặng, chiều cao, BMI, chu vi vòng cánh tay.

- Đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo PG-SGA (A, B, C).

- Chỉ số sinh hóa: nồng độ albumin huyết thanh.

## 2.5. Kỹ thuật thu thập thông tin

- Sử dụng bảng hỏi phỏng vấn trực tiếp.

- Đo chỉ số nhân trắc bằng dụng cụ chuẩn (cân TANITA, thước SECA, thước dây không co giãn). Đánh giá PG-SGA theo hướng dẫn chuẩn.

- Ghi nhận kết quả xét nghiệm hemoglobin và albumin từ hồ sơ bệnh án.

## Quy trình nghiên cứu:

- Bước 1: Lựa chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn.

- Bước 2: Thu thập thông tin chung và đo các chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao, chu vi vòng cánh tay, BMI).

- Bước 3: Đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo PG-SGA, BMI, MUAC và ghi nhận khẩu phần ăn 24 giờ.

- Bước 4: Ghi nhận kết quả xét nghiệm hemoglobin và albumin từ hồ sơ bệnh án.

- Bước 5: Nhập liệu, làm sạch dữ liệu và xử lý bằng phần mềm thống kê.

## 2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được xử lý trên phần mềm Stata phiên bản 16. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn ( $\bar{X} \pm SD$ ) hoặc trung vị nếu phân bố không chuẩn. Sự khác biệt giữa các nhóm được kiểm định bằng Chi-square hoặc Fisher's Exact Test với biến định tính, và t-test hoặc Mann-Whitney U test với biến định lượng. Hồi quy logistic nhị phân được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và tình trạng SDD, với ngưỡng ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

## 2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương tại Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội. Thông báo mục đích nghiên cứu cho đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu viên giữ bí mật các thông tin của các đối tượng tham gia nghiên cứu.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 96)**

| Đặc điểm       |                       | Tần số         | Tỉ lệ (%) |
|----------------|-----------------------|----------------|-----------|
| Dân tộc        | Kinh                  | 94             | 97,9      |
|                | Khác                  | 2              | 2,1       |
| Giới tính      | Nam                   | 93             | 96,9      |
|                | Nữ                    | 3              | 3,1       |
| Nơi ở          | Thành phố             | 65             | 67,7      |
|                | Nông thôn             | 31             | 32,3      |
| Tuổi           | $\bar{X} \pm SD$      | 60,4 $\pm$ 8,3 |           |
|                | Nhỏ nhất - lớn nhất   | 35-78          |           |
| Học vấn        | Trung học cơ sở       | 34             | 35,2      |
|                | Trung học phổ thông   | 51             | 53,1      |
|                | > Trung học phổ thông | 11             | 11,5      |
| Giai đoạn bệnh | II                    | 1              | 1,0       |
|                | III                   | 91             | 94,8      |
|                | IV                    | 4              | 4,2       |
| Vị trí ung thư | 1/3 dưới              | 18             | 18,8      |
|                | 1/3 giữa              | 44             | 45,8      |
|                | 1/3 trên              | 34             | 35,4      |
| Mô bệnh học    | Ung thư biểu mô tuyến | 18             | 18,8      |
|                | Ung thư biểu mô vảy   | 78             | 81,2      |

| Đặc điểm          |       | Tần số | Tỉ lệ (%) |
|-------------------|-------|--------|-----------|
| Bệnh kèm theo     | Có    | 57     | 59,4      |
|                   | Không | 39     | 40,6      |
| Mức độ nuốt nghẹn | Độ 0  | 1      | 1,0       |
|                   | Độ 1  | 86     | 89,6      |
|                   | Độ 2  | 9      | 9,4       |

Bảng 1 cho thấy, 97,9% người tham gia nghiên cứu là dân tộc Kinh; 67,7% sống ở thành phố; tuổi trung bình là  $60,4 \pm 8,3$  (dao động từ 35-78 tuổi); 53,12% có trình độ học vấn trung học phổ thông; 94,8% mắc bệnh giai đoạn III; 45,8% có u ở 1/3 giữa thực quản; 81,2% ung thư biểu mô vảy; 59,4% có bệnh kèm theo và 89,6% nuốt nghẹn độ 1.

**Bảng 2. Phân loại tình trạng dinh dưỡng (n = 96)**

| Chỉ số                    |                                                   | Tần số | Tỉ lệ (%) |
|---------------------------|---------------------------------------------------|--------|-----------|
| Phân loại theo albumin    | SDD (< 35 g/l)                                    | 83     | 86,46     |
|                           | Bình thường ( $\geq 35$ g/l)                      | 13     | 13,54     |
| Theo chu vi cánh tay MUAC | SDD (< 23 cm)                                     | 14     | 14,58     |
|                           | Bình thường ( $\geq 23$ cm)                       | 82     | 85,42     |
| Theo phân loại BMI        | SDD (< 18,49 kg/m <sup>2</sup> )                  | 16     | 16,67     |
|                           | Bình thường (18,5-24,99 kg/m <sup>2</sup> )       | 77     | 80,21     |
|                           | Thừa cân, béo phì ( $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> ) | 3      | 3,12      |
| Theo phân loại PG-SGA     | PG-SGA A                                          | 18     | 18,75     |
|                           | PG-SGA B                                          | 52     | 54,17     |
|                           | PG-SGA C                                          | 26     | 27,08     |

Bảng 2 cho thấy có 86,46% bị SDD theo chỉ số albumin (< 35 g/l); 14,58% có chu vi vòng cánh tay dưới ngưỡng bình thường (< 23 cm); 16,67% bị SDD theo chỉ số BMI (< 18,5 kg/m<sup>2</sup>); và 81,25% có nguy cơ SDD hoặc SDD nặng theo PG-SGA (PG-SGA B: 54,17%; PG-SGA C: 27,08%).

**Bảng 3. Một số đặc điểm nhân khẩu học liên quan tới nguy cơ dinh dưỡng PG-SGA của người bệnh**

| Đặc điểm         |                                | SDD (PG-SGA B-C) | Không SDD (PG-SGA A) | OR (95% KTC)  |
|------------------|--------------------------------|------------------|----------------------|---------------|
| Nhóm tuổi        | $\leq 50$ tuổi (n = 12)        | 9 (75,0%)        | 3 (25,0%)            | 1             |
|                  | 51-60 tuổi (n = 32)            | 26 (81,2%)       | 6 (18,8%)            | 1,4 (0,4-7,0) |
|                  | 61-70 tuổi (n = 44)            | 35 (79,5%)       | 9 (20,5%)            | 1,3 (0,3-5,8) |
|                  | > 70 tuổi (n = 8)              | 8 (100%)         | 0                    | -             |
| Trình độ học vấn | < Trung học phổ thông (n = 34) | 30 (88,2%)       | 4 (11,8%)            |               |
|                  | Trung học phổ thông (n = 51)   | 39 (76,5%)       | 12 (23,5%)           | 0,4 (0,1-1,5) |
|                  | > Trung học phổ thông (n = 11) | 9 (81,8%)        | 2 (18,2%)            | 0,6 (0,1-3,8) |
| Nơi ở hiện tại   | Nông thôn (n = 65)             | 55 (84,6%)       | 10 (15,4%)           | 1,9 (0,6-5,4) |
|                  | Thành thị (n = 31)             | 23 (74,2%)       | 8 (25,8%)            | 1             |

Bảng 3 cho thấy nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi có tỷ lệ SDD cao nhất (100%), trong khi nhóm có học vấn dưới trung học phổ thông chiếm 88,2% trong số người bị SDD. Người sống ở nông thôn có tỷ lệ SDD cao hơn (84,6%) so với người sống ở thành thị (74,2%). Nhóm bệnh nhân từ 51-60 tuổi có nguy cơ SDD cao hơn 1,4 lần so với nhóm  $\leq 50$  tuổi, trong khi nhóm 61-70 tuổi có nguy cơ cao hơn 1,3 lần. Tuy nhiên, do khoảng tin cậy 95% không chứa giá trị 1, cho thấy các kết quả này không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4. Một số đặc điểm ung thư liên quan tới nguy cơ dinh dưỡng PG-SGA của người bệnh**

| Đặc điểm          |                                      | SDD<br>(PG-SGA B-C) | Không SDD<br>(PG-SGA A) | OR<br>(95% KTC) |
|-------------------|--------------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|
| Giai đoạn bệnh    | II (n = 1)                           | 0                   | 1 (100,0%)              | 1               |
|                   | III (n = 91)                         | 74 (81,3%)          | 17 (18,7%)              | -               |
|                   | IV (n = 4)                           | 4 (100%)            | 0                       | -               |
| Vị trí ung thư    | 1/3 dưới (n = 18)                    | 14 (77,8%)          | 4 (22,2%)               | 1               |
|                   | 1/3 giữa (n = 44)                    | 36 (81,8%)          | 8 (18,2%)               | 1,3 (0,3-4,9)   |
|                   | 1/3 trên (n = 34)                    | 28 (82,4%)          | 6 (17,6%)               | 1,3 (0,3-5,5)   |
| Mô bệnh học       | Ung thư biểu mô tuyến (n = 18)       | 14 (77,8%)          | 4 (22,2%)               |                 |
|                   | Ung thư biểu mô vảy (n = 78)         | 64 (82,1%)          | 14 (17,9%)              | 1,3 (0,4-4,5)   |
| Bệnh kèm theo     | Có (n = 57)                          | 49 (86,0%)          | 8 (14,0%)               | 2,1 (0,8-5,9)   |
|                   | Không (n = 39)                       | 29 (74,4%)          | 10 (25,6%)              | 1               |
| Mức độ nuốt nghẹn | Độ 0 (không nghẹn) (n = 1)           | 0                   | 1 (100%)                | 1               |
|                   | Độ 1 (nghẹn thức ăn rắn) (n = 86)    | 69 (80,2%)          | 17 (19,8%)              | -               |
|                   | Độ 2 (nghẹn thức ăn nửa rắn) (n = 9) | 9 (100%)            | 0                       | -               |

Bảng 4 cho thấy, tất cả bệnh nhân ở giai đoạn IV (100%) và đa số ở giai đoạn III (81,3%) bị SDD. Bệnh nhân có kèm bệnh lý mạn tính chiếm 86% trong nhóm SDD. Mức độ nuốt nghẹn càng cao thì tỷ lệ SDD càng lớn, trong đó nhóm độ 2 có tỷ lệ SDD 100%.

**Bảng 5. Liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng tới tình trạng dinh dưỡng BMI của người bệnh**

| Đặc điểm          |                                      | SDD        | Bình thường | OR (95% KTC)   |
|-------------------|--------------------------------------|------------|-------------|----------------|
| Giai đoạn bệnh    | II (n = 1)                           | 0          | 1 (100,0%)  | -              |
|                   | III (n = 91)                         | 14 (15,4%) | 77 (84,6%)  | 1              |
|                   | IV (n = 4)                           | 2 (50,0%)  | 2 (50,0%)   | 5,5 (0,7-42,1) |
| Vị trí ung thư    | 1/3 dưới (n = 18)                    | 5 (27,8%)  | 13 (72,2%)  | 1              |
|                   | 1/3 giữa (n = 44)                    | 5 (11,4%)  | 39 (88,6%)  | 0,3 (0,1-1,3)  |
|                   | 1/3 trên (n = 34)                    | 6 (17,6%)  | 28 (82,4%)  | 0,5 (0,1-2,1)  |
| Mô bệnh học       | Ung thư biểu mô tuyến (n = 18)       | 5 (27,8%)  | 13 (72,2%)  | 1              |
|                   | Ung thư biểu mô vảy (n = 78)         | 11 (14,1%) | 67 (85,9%)  | 0,4 (0,1-1,4)  |
| Có bệnh kèm theo  | Có (n = 57)                          | 9 (15,8%)  | 48 (84,2%)  | 0,8 (0,3-2,5)  |
|                   | Không (n = 39)                       | 7 (17,9%)  | 32 (82,1%)  | 1              |
| Mức độ nuốt nghẹn | Độ 0 (không nghẹn) (n = 1)           | 0          | 1 (100,0%)  | -              |
|                   | Độ 1 (nghẹn thức ăn rắn) (n = 86)    | 13 (15,1%) | 73 (84,9%)  | 1              |
|                   | Độ 2 (nghẹn thức ăn nửa rắn) (n = 9) | 3 (33,3%)  | 6 (66,7%)   | 2,8 (0,6-12,7) |

Bảng 5 chỉ ra rằng tỷ lệ SDD cao hơn ở bệnh nhân ung thư giai đoạn IV (50%) so với giai đoạn III (15,4%). Những bệnh nhân ở giai đoạn IV có nguy cơ SDD cao gấp 5,5 lần so với bệnh nhân giai đoạn III, tuy nhiên kết quả này không có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân có u ở 1/3 dưới thực quản có tỷ lệ SDD cao nhất (27,8%), tiếp đến là 1/3 trên (17,6%) và thấp nhất là 1/3 giữa (11,4%). SDD gặp nhiều hơn ở bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến (27,8%) so với biểu mô vảy (14,1%). Bệnh nhân có mức nghẹn độ 2 cũng có nguy cơ SDD cao hơn 2,8 lần so với bệnh nhân chỉ nghẹn độ 1, tuy nhiên kết quả này không có ý nghĩa thống kê.

#### 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy tình trạng SDD ở bệnh nhân UTTQ trước phẫu thuật mở thông dạ dày tại Bệnh viện K là nghiêm trọng, với hơn 80% người bệnh bị SDD theo đánh giá PG-SGA và chỉ có 18,75% bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường. Kết quả này cao hơn rõ rệt so với nghiên cứu năm 2021 tại Bệnh viện K do Nguyễn Thị Thúy Lương và cộng sự thực hiện, với tỷ lệ SDD theo PG-SGA chỉ là 73,2% (bao gồm cả nguy cơ SDD), và 37,7% SDD theo phân loại PG-SGA [6]. Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu của Trần Châu Quyên và cộng sự vào năm 2017 trên đối tượng UTTQ có đến 50,2% bệnh nhân bị SDD [5]. Sự

khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc điểm đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu của chúng tôi khảo sát những bệnh nhân có chỉ định mở thông dạ dày, tức là đa số ở giai đoạn muộn, có mức độ nuốt nghẹn rõ rệt, trong khi các nghiên cứu khác chủ yếu thực hiện ở bệnh nhân mới nhập viện và chưa can thiệp điều trị, có thể bao gồm nhiều trường hợp ở giai đoạn sớm hơn. Kết quả này phù hợp với thực trạng được ghi nhận trên thế giới. Một nghiên cứu tại Trung Quốc cũng ghi nhận tỷ lệ SDD theo PG-SGA ở bệnh nhân UTTQ là 76%, với 60% trong số này không nhận được bất kỳ can thiệp dinh dưỡng nào [7]. Tương tự, tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Văn B và cộng sự (2021) tại Bệnh viện K cho thấy 52,9% bệnh nhân bị SDD nhẹ đến vừa và 29,6% SDD nặng theo PG-SGA [8].

Tình trạng nuốt nghẹn là yếu tố nguy cơ nổi bật trong nghiên cứu, với 100% bệnh nhân nghẹn độ 2 bị SDD, tương tự ghi nhận của Jordan T và cộng sự (2018), khi có đến 79% bệnh nhân UTTQ gặp tình trạng giảm cân  $\geq 10\%$  và nuốt khó ngay tại thời điểm chẩn đoán [9]. Trong khi đó, Schizas D và cộng sự (2017) chỉ ra rằng ngoài nuốt nghẹn, tình trạng viêm, thay đổi chuyển hóa và hội chứng suy mòn ung thư cũng góp phần làm giảm nặng thể trạng người bệnh [10].

Các chỉ số đánh giá dinh dưỡng như BMI, MUAC, albumin và PG-SGA cho kết quả không đồng nhất. Trong nghiên cứu này, chỉ 16,67% bệnh nhân bị SDD theo BMI, trong khi PG-SGA ghi nhận tới 81,25%. Điều này phản ánh hạn chế của BMI khi sử dụng đơn lẻ - một quan điểm được nhiều nghiên cứu quốc tế đồng thuận. Cụ thể, Budrewicz-Czapska K và cộng sự (2011) cũng kết luận rằng BMI và albumin không đủ nhạy để phát hiện sớm SDD ở bệnh nhân UTTQ, và khuyến nghị dùng đa chỉ số để tăng độ chính xác [11].

Một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh UTTQ là giai đoạn tiến triển của bệnh. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ SDD tăng rõ rệt theo giai đoạn: 81,3% người bệnh ở giai đoạn III và 100% ở giai đoạn IV được đánh giá là có nguy cơ SDD theo PG-SGA. Đồng thời, theo chỉ số BMI, tỷ lệ SDD ở giai đoạn IV là 50%, cao hơn nhiều so với giai đoạn III (15,4%). Lý giải cho mối liên quan này, ở giai đoạn muộn, khối u thường xâm lấn lớn hơn vào lòng thực quản, gây chèn ép hoặc hẹp thực quản, làm nặng thêm tình trạng nuốt nghẹn, khiến người bệnh ăn kém, thậm chí không thể nuốt. Nuốt nghẹn không chỉ giới hạn lượng thức ăn mà còn dẫn tới sợ ăn, tăng cảm giác no giả, và buồn nôn. Thêm vào đó, sự tăng chuyển hóa do khối u, kết hợp với các phản ứng viêm mạn tính và giảm hấp thu dinh dưỡng, dẫn đến tình trạng suy mòn ung thư - hội chứng đặc trưng bởi mất khối cơ và giảm chức năng, không thể hồi phục bằng hỗ trợ dinh dưỡng thông thường.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD ở bệnh nhân UTTQ có chỉ định mở thông dạ dày là rất cao, đặc biệt khi đánh giá bằng công cụ PG-SGA (81,25%) và albumin huyết

thanh (86,46%). Nghiên cứu đã làm rõ thực trạng SDD trầm trọng ở bệnh nhân UTTQ tại Việt Nam, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của đánh giá sớm và can thiệp kịp thời.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung H et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, May 2021, 71 (3): 209-249. doi: 10.3322/caac.21660
- [2] Bray F et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, May-Jun 2024, 74 (3): 229-263. doi: 10.3322/caac.21834
- [3] Viện Ung thư Quốc gia. Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022. Ung thư và COVID19, 2022
- [4] Zhang L et al. Nutritional status and related factors of patients with advanced gastrointestinal cancer. *Br J Nutr*, Apr 14 2014, 111 (7): 1239-44. doi: 10.1017/S000711451300367X
- [5] Quyen T.C, Angkatavanich J, Thuan T.V et al. Nutrition assessment and its relationship with performance and Glasgow prognostic scores in Vietnamese patients with esophageal cancer. *Asia Pac J Clin Nutr*, Jan 2017, 26 (1): 49-58. doi: 10.6133/apjcn.122015.02
- [6] Nguyễn Thị Thúy Lương, Nguyễn Thị Thanh Hòa. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của bệnh nhân ung thư thực quản tại Bệnh viện K năm 2021. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2021, 146 (10): 185-191.
- [7] Cao J, Xu H, Li W et al. Nutritional assessment and risk factors associated to malnutrition in patients with esophageal cancer. *Current problems in cancer*, 2021, 45 (1): 100638.
- [8] Phạm Văn B, Nguyễn Thị Thanh H, Lê Thị H et al. Nutritional Status and Feeding Regimen of Patients with Esophagus Cancer-A Study from Vietnam. *Healthcare (Basel)*, Mar 6 2021, 9 (3). doi: 10.3390/healthcare9030289
- [9] Jordan T, Mastnak D.M, Palamar N, Kozjek N.R. Nutritional therapy for patients with esophageal cancer. *Nutrition and cancer*, 2018, 70 (1): 23-29.
- [10] Schizas D et al. Nutritional Management of Esophageal Cancer. *Esophageal Abnormalities*, 2017, 89.
- [11] Budrewicz-Czapska K, Szelachowski P et al. Assessment of nutritional status in patients with esophageal and esophago-gastric cancer. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2011, 20 (2): 199-203.