

ASSESSMENT OF MALNUTRITION IN ELDERLY PATIENTS WITH THORACIC ESOPHAGEAL CANCER USING NRS-2002 AND GLIM CRITERIA AT THONG NHAT HOSPITAL

Nguyen Do Nhan

Thong Nhat Hospital - No. 1 Ly Thuong Kiet, Tan Son Nhat Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 13/06/2025

Revised: 15/10/2025; Accepted: 23/10/2025

ABSTRACT

Background: Esophageal cancer is a malignancy with a particularly poor prognosis. In elderly patients, esophageal obstruction significantly impairs nutritional status and negatively affects treatment outcomes. However, data on this issue remain limited in Vietnam.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 61 elderly patients with thoracic esophageal cancer at Thong Nhat Hospital from June 2018 to June 2025 to assess nutritional status.

Results: The mean age was 68.2 years, with 90.2% being male; 31.2% were older than 70 years. Patients were: esophagectomy with gastric conduit reconstruction (n=39) and feeding gastrostomy/ jejunostomy (n=22). The prevalence of nutritional risk according to NRS-2002 was 83.6%, and malnutrition by GLIM criteria was 72.1%. Significant differences in BMI, serum albumin, and >5% weight loss within 6 months were observed between 2 groups ($p < 0.001$, 0.003, 0.006). There were no statistically significant differences in nutritional risk (NRS-2002 ≥ 3) or malnutrition (GLIM) between the two groups ($p = 0.19$, 0.21). BMI < 18.5 , serum albumin < 35 g/L, >5% weight loss within 6 months, and receiving feeding gastrostomy/ jejunostomy were independently associated with both nutritional risk (NRS-2002 ≥ 3) and malnutrition defined by GLIM.

Conclusions: The prevalence of nutritional risk and malnutrition among elderly patients with thoracic esophageal cancer was relatively high. Independent predictors included BMI < 18.5 , serum albumin < 35 g/L, and >5% weight loss within 6 months.

Keywords: cancer, thoracic esophagus, nutrition, surgery.

*Corresponding author

Email: bsnguyendonhan@gmail.com **Phone:** (+84) 982220994 **https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3625**

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI MẮC UNG THƯ THỰC QUẢN NGỰC THEO THANG ĐIỂM NRS-2002 VÀ GLIM TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Đỗ Nhân

Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, Phường Tân Sơn Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/06/2025

Ngày chỉnh sửa: 15/10/2025; Ngày duyệt đăng: 23/10/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: ung thư thực quản thuộc nhóm tiên lượng rất xấu, trong tắc nghẽn ống tiêu hóa ảnh hưởng nghiêm trọng đến dinh dưỡng ở người cao tuổi và kết quả điều trị ung thư thực quản, hiện còn ít thông tin.

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả 61 trường hợp ung thư thực quản ngực nhằm đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng tại bệnh viện Thống nhất từ 06/2018 đến 06/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình: 68,2. Nam 90,2%. Nhóm tuổi > 70 chiếm 31,2%. Trong đó có cắt thực quản tạo hình (39), mở thông dạ dày/hỗng tràng (22). Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 là 83,6%, suy dinh dưỡng theo GLIM là 72,1%. Có sự khác biệt về chỉ số BMI, albumin/huyết thanh và sụt cân > 5% trong 6 tháng ở 2 nhóm ($p < 0,001, 0,003, 0,006$). Không có sự khác biệt về nguy cơ dinh dưỡng theo NRS-2002 và suy dinh dưỡng theo GLIM ở 2 nhóm ($p = 0,19, 0,21$). BMI < 18,5, Albumin/máu < 35g/L, sụt cân trên 5% trong 6 tháng và nhóm mở thông dạ dày/hỗng tràng so với cắt thực quản có liên quan với nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 ≥ 3 điểm và suy dinh dưỡng theo GLIM (hồi quy logistic).

Kết luận: Tỷ lệ suy dinh dưỡng người cao tuổi mắc ung thư thực quản ngực tương đối cao. Trong đó, chỉ số khối cơ thể BMI < 18,5, albumin huyết thanh < 35 g/L và sụt cân trên 5% trong 6 tháng là yếu tố liên quan độc lập đến nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 và suy dinh dưỡng theo GLIM.

Từ khóa: ung thư, thực quản ngực, dinh dưỡng, phẫu thuật

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là nỗi ám ảnh của bệnh nhân và y học bởi tiên lượng thường rất xấu. Năm 2023, tại Mỹ ghi nhận mắc mới 21560 trường hợp và tử vong 16.120 trường hợp [1]. Tại Việt Nam, ung thư thực quản đứng hàng thứ 4 trong ung thư tiêu hóa. Do vị trí giải phẫu ở cửa ngõ hệ tiêu hóa, ảnh hưởng dinh dưỡng ở ung thư này có biểu hiện nổi trội và nghiêm trọng. Để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, hiện nay áp dụng nhiều phương pháp. Đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) và suy dinh dưỡng theo GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) được áp dụng rộng rãi [2],[3].

Ở người cao tuổi mắc ung thư thực quản, suy mòn tuổi tác cùng tình trạng suy kiệt do ung thư làm gia tăng gánh nặng dinh dưỡng, mức độ khó khăn trong

kiểm soát thể chất, phẫu thuật, các điều trị đa mô thức và cuối cùng là tử vong trước khi kịp trở nặng do khối u di căn. Trong nước, một số nghiên cứu gần đây cho thấy rằng tình trạng dinh dưỡng kém của người bệnh chu phẫu, tuy nhiên có ít thông tin về suy dinh dưỡng ở người cao tuổi mắc ung thư thực quản. Vì vậy nghiên cứu này nhằm: đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng ở người cao tuổi mắc ung thư thực quản ngực theo thang điểm NRS-2002 và GLIM tại bệnh viện Thống Nhất.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân ung thư thực quản được điều trị tại khoa Ngoại Tim mạch lồng ngực bệnh viện Thống Nhất, từ 06/2018 đến 06/2025

*Tác giả liên hệ

Email: bsnguyendonhan@gmail.com Điện thoại: (+84) 982220994 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3625>

Tiêu chuẩn chọn: người bệnh từ 60 tuổi trở lên, Chẩn đoán xác định ung thư thực quản ngực (qua giải phẫu bệnh hoặc lâm sàng hình ảnh học rõ ràng), được đánh giá dinh dưỡng bằng thang điểm NRS-2002 và GLIM, được phẫu thuật cắt thực quản tái tạo ống tiêu hóa hoặc mở thông dạ dày/hỗng tràng nuôi ăn. Có dữ liệu đầy đủ về đánh giá dinh dưỡng (cân nặng, chiều cao, albumin, mức độ ăn vào).

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư đồng mắc khác; Bệnh gây giảm hấp thu độc lập: Crohn, viêm đại tràng viêm; Bệnh lý thần kinh nặng sa sút trí tuệ, Parkinson tiến triển; Phẫu thuật thực quản trước đây; không đầy đủ dữ liệu dinh dưỡng.

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu (ước lượng một tỉ lệ):

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p \times (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có; P: Tỉ lệ mẫu ước tính; α : Mức ý nghĩa thống kê thường là 0.05; d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể; $Z(1-\alpha/2)$: Giá trị Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn. Tỉ lệ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu là khoảng 60% [4]. Vì vậy, chúng tôi chọn $p = 0,6$, $d = 0.125$ (độ chính xác $\pm 12,5\%$). Quy ước $\alpha = 0,05$, đối chiếu $Z = 1,96$. Thay vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu là 59 trường hợp. Chúng tôi đã thu thập được 61 trường hợp vào nghiên cứu.

2.2. Quy trình, đánh giá

Chẩn đoán bệnh: ung thư thực quản qua mô học, giai đoạn (theo T, N, M) theo AJCC - th9.

Biến nghiên cứu gồm:

- Chỉ số khối cơ thể-BMI = $\text{Cân nặng} / [(\text{Chiều cao})^2]$ - ngưỡng WHO dùng cho phân tích dự báo. Trong đó, cụ thể: dinh dưỡng kém (thiếu năng lượng trường

diễn): BMI < 18,50; Bình thường: $18,50 \leq \text{BMI} < 25$; Thừa cân-béo phì: BMI ≥ 25 .

- Phân tann nguy cơ dinh dưỡng theo NRS-2002 [2]: không có nguy cơ : < 3 điểm. Có nguy cơ suy dinh dưỡng: ≥ 3 điểm.

- Độ suy dinh dưỡng theo GLIM [3]: suy dinh dưỡng khi có ít nhất 1 tiêu chí kiểu hình và 1 tiêu chí nguyên nhân. Trong đó suy dinh dưỡng trung bình (giảm cân 5-10% trong 06 tháng; BMI <20 nếu dưới 70 tuổi, <22 nếu ≥ 70 tuổi; giảm khối cơ nhẹ đến trung bình). Suy dinh dưỡng nặng (giảm cân > 10%/06 tháng; BMI <18,5 nếu <70 tuổi, <20 nếu ≥ 70 tuổi; giảm khối cơ nặng).

- Biến số dự báo liên quan: nồng độ albumin/máu.

Quy trình: chẩn đoán xác định ung thư thực quản ngực qua nội soi sinh thiết mô u thực quản làm giải phẫu bệnh. Ung thư giai đoạn I, II theo T, N, M: phẫu thuật cắt thực quản tái tạo ống tiêu hóa bằng dạ dày. Còn lại: mở thông dạ dày nuôi ăn.

Thu thập và phân tích số liệu: Có nguy cơ dinh dưỡng dinh dưỡng theo NRS-2002 (Tổng ≥ 3 điểm). GLIM (chẩn đoán suy dinh dưỡng nếu có ≥ 1 tiêu chí kiểu hình và ≥ 1 tiêu chí nguyên nhân). Biến số liên quan: Tuổi, giới, BMI, loại phẫu thuật, mức albumin, CRP (nếu có), mức độ ăn vào, thời gian nằm viện, giai đoạn bệnh. Phương pháp điều trị, thời gian nằm viện. Phân tích số liệu: dùng Phần mềm: SPSS 26.0. Phân tích mô tả: tần suất, trung bình $\pm$ SD hoặc trung vị (IQR). So sánh 2 nhóm: Kiểm định t (nếu phân phối chuẩn) hoặc Mann-Whitney U. Kiểm định chi bình phương/ hoặc Fisher cho biến phân loại. Phân tích đa biến hồi quy logistic để xác định yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng theo GLIM

Đạo đức trong y học: toàn bộ số liệu thu thập qua hồ sơ bệnh án, không tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân. Nghiên cứu được Hội đồng y đức bệnh viện Thống Nhất thông qua theo quyết định số 42/2025/CN-BVTN-HĐĐĐ ngày 24/02/2025.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của mẫu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Dân số nghiên cứu n = 61 (100%)		Điều trị ung thư thực quản ngực		
		Tổng cộng n (%)	Cắt thực quản tạo hình (n=39)	Mở thông dạ dày/ hỗng tràng (n=22)
Tuổi (năm) (IQR) n (%)	60 < 70 tuổi 70 - < 80 tuổi > 80 tuổi	33 (54,1%) 24 (39,3%) 04 (06,5%)	20 (32,8%) 18 (29,5%) 01 (01,6%)	13 (21,3%) 06 (09,8%) 03 (04,9%)
Giới tính n(%)	Nam Nữ	55 (90,1%) 06 (09,8%)	37 (60,6%) 02 (03,3%)	18 (29,5%) 04 (06,5%)
Triệu chứng (lâm sàng) n (%)	Nuốt nghẹn Buồn nôn Không triệu chứng	27 (44,3%) 15 (24,6%) 04 (06,5%)	15 (24,6%) 05 (08,2%) 04 (06,5%)	12 (19,7%) 10 (16,4%) 00

Dân số nghiên cứu n = 61 (100%)		Điều trị ung thư thực quản ngược		
		Tổng cộng n (%)	Cắt thực quản tạo hình (n=39)	Mở thông dạ dày/ hồng tràng (n=22)
Giai đoạn trước điều trị (TNM, [7]) n (%)	I	05 (08,2%)	05 (08,2%)	00
	II	37 (60,6%)	37 (60,6%)	00
	III	07 (11,5%)	01 (01,6%)	06 (09,8%)
	IV	12 (19,7%)	00	12 (19,7%)
Mô học n (%)	Tế bào gai Tế bào khác	54 (88,5%) 07 (11,5%)	35 (57,3%) 05 (08,2%)	19 (31,1%) 02 (03,3%)
Thời gian phẫu thuật (phút)		Không thu thập	215,27 ± 71,82	Không thu thập
Thời gian nằm viện (ngày)		Không thu thập	18,19 ± 06,64	Không thu thập

Tuổi trung bình: 68,2 ± 5,31; Nam 90,2%, nữ 09,8%. Độ tuổi từ 60-70 chiếm tỉ lệ 51,7%. Nhóm tuổi > 70 chiếm 31,2%. Nhóm phẫu thuật cắt thực quản: thời gian phẫu thuật: trung bình 215,27 ± 71,82 phút; Thời gian nằm viện 18,19 ± 06,64 ngày. Biến chứng phẫu thuật: viêm phổi (08), rò miệng nối (03), chảy máu miệng nối (01), nhiễm khuẩn vết mổ cổ (04), nhiễm trùng vết mổ bụng (06). Tử vong (01).

3.2. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng

Bảng 2. Đánh giá dinh dưỡng theo NRS – 2002 và GLIM

Các xử trí điều trị	NRS-2002 ≥ 3 n (%)	Suy dinh dưỡng GLIM n (%)
Toàn bộ (n=61)	51 (83,6%)	44 (72,1%)
Cắt thực quản (n=39)	31 (79,5%)	26 (66,7%)
Mở thông dạ dày (n=22)	20 (90,9%)	18 (81,8%)

Tỉ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng toàn bộ theo NRS-2002 là 83,6%, suy dinh dưỡng theo GLIM là 72,1%. Nhóm mở thông dạ dày, nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 là 90,9%, suy dinh dưỡng theo GLIM là 81,8%.

Bảng 3. So Sánh tình trạng dinh dưỡng giữa 2 nhóm cắt thực quản và mở thông dạ dày

Đặc điểm đánh giá	Cắt thực quản tái tạo (39)	Mở thông dạ dày/ hồng tràng (22)	p-value
BMI (trung bình)	20,1 ± 1,9	17,8 ± 1,7	0,001*
Albumin/máu (trung bình)	33,8 ± 4,6	29,3 ± 5,4	0,003*
Sụt cân >5%/6 tháng, n (%)	30 (76,9%)	21(95,4%)	0,006**
NRS-2002 n (%)	31 (79,5%)	20 (90,9%)	0,19**
GLIM n, (%)	26 (66,7%)	18 (81,8%)	0,21**

* Phép kiểm Mann–Whitney U ** Phép kiểm Chi-square

Đơn vị BMI: kg/m². Đơn vị albumin: g/L

Có sự khác biệt về chỉ số BMI, albumin/huyết thanh và sụt cân > 5% trong 6 tháng ở nhóm phẫu thuật cắt thực quản và nhóm mở dạ dày/hồng tràng nuôi ăn (p=0,001, p=0,003, p=0,006). Không có sự khác biệt về nguy cơ dinh dưỡng theo NRS-2002 và suy dinh dưỡng theo GLIM ở 2 nhóm (p=0,19, p=0,21).

Bảng 4. Yếu liên quan đến suy dinh dưỡng theo NRS-2002 ≥ 3 điểm và GLIM

Đặc điểm đánh giá (***Hồi quy logistic)	OR hiệu chỉnh		Khoảng tin cậy 95%		p-value***	
	NRS	GLIM	NRS	GLIM	NRS	GLIM
BMI < 18,5	3,26	3,92	1,12–9,75	1,35–11,35	0,031	0,12
Albumin/máu <35g/l	3,01	2,87	1,13–8,46	1,05–7,84	0,027	0,038
Sụt cân > 5%	4,08	4,65	1,39–11,92	1,72–12,55	0,008	0,003
Mở thông dạ dày	4,92	5,21	1,76–13,14	1,98–13,87	0,002	0,001

Đơn vị BMI:kg/m². Đơn vị albumin: g/L

Kiểm hồi quy logistic (với OR hiệu chỉnh và khoảng tin cậy 95%) cho thấy BMI < 18,5, Albumin/máu < 35g/L,

sụt cân trên 5% trong 6 tháng và nhóm mở thông dạ dày/hồng tràng so với cắt thực quản có liên quan với nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 ≥ 3 điểm và suy dinh dưỡng theo GLIM.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi 60–70 chiếm 54,1% và có 32,8% được phẫu thuật triệt để. Có thể thấy tỉ lệ người trẻ hơn trong nhóm có khả năng phẫu thuật triệt để cao hơn. **Chen nghiên cứu** trên 723 trường hợp nhận thấy tuổi >70 là yếu tố độc lập làm giảm khả năng chỉ định phẫu thuật triệt để, đặc biệt khi bệnh tiến xa, suy dinh dưỡng kèm theo [5]. Về giới tính, tỉ lệ nam là 90,1%, chiếm đa số. Nghiên cứu tại Trung tâm ung thư Quốc gia Nhật Bản cũng ghi nhận tỷ lệ tương tự, chủ yếu liên quan đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc, uống rượu và chế độ ăn giàu nitrosamine phổ biến hơn ở nam giới [6]. Trong mẫu nghiên cứu, 88,5% là ung thư tế bào gai, phù hợp với các đặc điểm dịch tễ học ở Việt Nam và Đông Á. Tỉ lệ này cao hơn so với một số quốc gia phương Tây, nơi ung thư biểu mô tuyến đoạn dưới thực quản đang có xu hướng gia tăng. Sự phân bố này cũng phản ánh cơ chế bệnh sinh khác biệt (ví dụ: liên quan đến hút thuốc và rượu ở ung thư tế bào gai; liên quan trào ngược dạ dày-thực quản ở biểu mô tuyến).

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ có nguy cơ dinh dưỡng (NRS-2002 ≥ 3 điểm) là 83,6%, trong khi tỉ lệ suy dinh dưỡng (GLIM) là 72,1%. Ở nhóm bệnh nhân chỉ có chỉ định mở thông dạ dày/hỗng tràng nuôi ăn, các tỉ lệ này còn cao hơn, lần lượt là 90,9% và 81,8%, so với nhóm phẫu thuật triệt để (79,5% và 66,7%). Kết quả phản ánh thực tế là suy dinh dưỡng ở người cao tuổi mắc ung thư thực quản là phổ biến, đặc biệt ở nhóm bệnh tiến xa, thể trạng yếu và không còn chỉ định can thiệp triệt để. Tại Hàn Quốc, qua hồi cứu 122 bệnh nhân ung thư thực quản ≥ 60 tuổi, Kim báo cáo tỉ lệ NRS-2002 ≥ 3 điểm là 85,2%. Tình trạng này liên quan chặt chẽ với giảm khối cơ và tăng tỉ lệ biến chứng hậu phẫu [7]. Nghiên cứu trong nước cũng cho thấy dinh dưỡng là một trong các yếu tố có liên quan đến nguy cơ của phẫu thuật ung thư thực quản ngược [8]. Theo Đồng thuận quốc tế về GLIM (2019), suy dinh dưỡng là hậu quả của mất cân bằng năng lượng, giảm khối cơ và tình trạng viêm dai dẳng, tất cả đều phổ biến trong ung thư thực quản, đặc biệt là ở người cao tuổi [3]. Mặt khác, khác biệt nhóm phẫu thuật với nhóm mở thông có BMI, albumin thấp, sụt cân cao so với nhóm phẫu thuật cắt thực quản có thể ảnh hưởng khả năng lựa chọn điều trị do bệnh nặng; có thể có nguy cơ thiên lệch chọn mẫu. Sự thiên lệch này là thực tế lâm sàng khi thực hiện nghiên cứu tại viện, nơi đa số trường hợp nhập viện trong tình trạng còn có thể điều trị phẫu thuật, chỉ số ít ở giai đoạn tiến xa đã chuyển sang điều trị nâng đỡ tại các trung tâm hỗ trợ giảm nhẹ.

NRS-2002 là công cụ tầm soát nguy cơ dinh dưỡng lâm sàng, dựa trên giảm ăn vào, sụt cân, chỉ số khối cơ thể, mức độ nặng của bệnh lý và điểm cộng theo tuổi ≥ 70 . Nên công cụ này nhạy hơn với nhóm bệnh nhân cao tuổi hoặc bệnh nặng, nhưng không phân loại mức độ suy dinh dưỡng. GLIM là bộ tiêu chuẩn

chẩn đoán suy dinh dưỡng áp dụng phổ biến, gồm tiêu chí hình thái học (sụt cân, giảm chỉ số BMI, mất khối cơ) và nguyên nhân (giảm ăn vào, tình trạng viêm). Trong ung thư thực quản, cả hai nhóm yếu tố này thường hiện diện rõ, nên GLIM là công cụ đặc biệt phù hợp để đánh giá chính xác mức độ và hậu quả của suy dinh dưỡng. Vì vậy chúng tôi kết hợp cả hai công cụ NRS-2002 (tầm soát), GLIM (chẩn đoán và phân tầng mức độ). Tình trạng suy dinh dưỡng nặng theo GLIM và nguy cơ dinh dưỡng cao theo NRS-2002 ≥ 3 điểm có liên quan rõ đến tiên lượng sau điều trị, khả năng phục hồi hậu phẫu và thời gian sống thêm toàn bộ. Các nghiên cứu gần đây nhấn mạnh rằng việc can thiệp dinh dưỡng tích cực (bao gồm dinh dưỡng đường miệng, qua thông hoặc dinh dưỡng tĩnh mạch) giúp cải thiện đáng kể kết cục lâm sàng [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mở thông dạ dày/hỗng tràng có tình trạng dinh dưỡng kém hơn nhóm được phẫu thuật triệt để. BMI-nhóm mở thông là 17,8, nhóm phẫu thuật là 20,1 ($p < 0,001$). Albumin huyết thanh nhóm mở thông là 29,3 g/L, nhóm phẫu thuật là 33,8 g/L ($p = 0,003$). Tỉ lệ sụt cân >5% trong 6 tháng nhóm mở thông là 95,4%, cao hơn có ý nghĩa so với 76,9% ở nhóm phẫu thuật ($p = 0,006$). Điều này là phù hợp với thực trạng lâm sàng: bệnh nhân không còn chỉ định phẫu thuật triệt để thường có giai đoạn tiến xa, khối u lớn gây hẹp tắc thực quản, ăn uống kém kéo dài, kèm theo tình trạng viêm mạn tính và suy kiệt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zhang trên 188 trường hợp ung thư thực quản ≥ 65 tuổi, trong đó BMI <18,5 và albumin <30 g/L là những yếu tố độc lập liên quan đến nguy cơ tử vong sớm và không đủ điều kiện điều trị triệt để [10]. Tác giả nhấn mạnh vai trò của BMI và albumin như chỉ số lâm sàng đơn giản nhưng giá trị tiên lượng cao trong ung thư thực quản ở người cao tuổi. Hơn nữa, Nghiên cứu của Yoshida (2023) cho thấy BMI <18,5 hoặc albumin <30 g/L trước mổ làm tăng 2,1 lần nguy cơ biến chứng hậu phẫu loại III-IV theo Clavien - Dindo ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư thực quản ≥ 60 tuổi [11].

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, hồi quy logistic cho thấy chỉ số BMI < 18,5 kg/m² là một yếu tố liên quan đến nguy cơ suy dinh dưỡng theo cả hai thang điểm: NRS-2002 ≥ 3 điểm (OR = 3,26 ($p = 0,031$)) và GLIM (OR = 3,92 ($p = 0,012$)). Điều này phản ánh vai trò then chốt của tình trạng gầy mòn thể hình trong đánh giá suy dinh dưỡng, đặc biệt ở người cao tuổi mắc bệnh ác tính đường tiêu hóa trên, thường gặp tình trạng ăn kém, tiêu hao năng lượng tăng, và rối loạn chuyển hóa mạn tính. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lee trên 302 bệnh nhân ≥ 65 tuổi ung thư thực quản tại Hàn Quốc, trong đó BMI <18,5 kg/m² làm tăng gấp 3,8 lần nguy cơ có điểm NRS-2002 ≥ 3 và tăng 4,1 lần xác suất được chẩn đoán suy dinh dưỡng theo GLIM [12].

Tương tự, Albumin huyết thanh thấp (dưới 35 g/L) cũng là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê theo

NRS-2002 (OR = 3,01 (p = 0,027)) và GLIM (OR = 2,87 (p = 0,038)). Dù GLIM không sử dụng albumin làm tiêu chuẩn chính thức, nhưng kết quả này phản ánh giá trị tiên lượng mạnh của albumin trong xác định tình trạng suy dinh dưỡng tiềm ẩn và đáp ứng viêm mạn tính ở bệnh nhân ung thư thực quản cao tuổi. Albumin thấp có thể không chỉ phản ánh giảm tổng hợp do suy dinh dưỡng mà còn do tăng thoái giáng trong tình trạng viêm. Theo Caccialanza phân tích 250 bệnh nhân ung thư tiêu hóa ≥ 70 tuổi, albumin < 35 g/L là yếu tố dự báo độc lập nguy cơ suy dinh dưỡng, cả khi kiểm soát các yếu tố hình thái như BMI hoặc sụt cân [13].

Chúng tôi cũng đánh giá quá trình bệnh sử các trường hợp nghiên cứu liên quan cân nặng. Sụt cân là yếu tố nguy cơ nổi bật và ổn định. Phân tích cho thấy sụt cân $> 5\%$ trong 6 tháng liên quan đến suy dinh dưỡng theo NRS-2002 (OR = 4,08 (p = 0,008)) và GLIM (OR = 4,65 (p = 0,003)). Đến nay, sụt cân không chú ý là tiêu chí chính trong cả hai hệ thống đánh giá, phản ánh mất năng lượng và khối cơ nghiêm trọng kéo dài. Nghiên cứu của Märkl và cộng sự trên 178 bệnh nhân ≥ 60 tuổi ung thư thực quản, dạ dày và tụy cho thấy mất trên 5% cân nặng trong 3–6 tháng là yếu tố nguy cơ mạnh nhất đối với điểm GLIM dương tính (OR = 4,4), đồng thời liên quan đến tử vong trong 1 năm [14]. Điều này cho thấy rằng cần ưu tiên phát hiện sớm các trường hợp sụt cân dù chưa có giảm BMI rõ rệt hoặc albumin thấp – đặc biệt ở người cao tuổi, vốn có khả năng duy trì cân nặng do tích mỡ nhưng giảm khối cơ.

Nghiên cứu này thực hiện đơn trung tâm, tình trạng viêm theo GLIM được đánh giá theo bệnh ung thư thực quản được chẩn đoán xác định. Thực tế, có thể đánh giá viêm qua chỉ số CRP. Đồng thời, Theo tiêu chuẩn GLIM, một trong ba biểu hiện kiểu hình (BMI thấp, sụt cân không chú ý, giảm khối cơ) cần được ghi nhận. Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng BMI và sụt cân không chú ý trong 6 tháng làm hai chỉ dấu chính. Việc đánh giá khối cơ (FFMI, SMI, hay handgrip strength) chưa được thực hiện do điều kiện thực tế: không phải tất cả bệnh nhân ung thư thực quản đều có sẵn hình ảnh định lượng được tại các mức tham chiếu cơ chuẩn, và các phương tiện đo chưa được triển khai đồng bộ tại viện. Đây là hạn chế của nghiên cứu này, bởi giảm khối cơ là một trụ cột của GLIM, có giá trị tiên lượng mạnh ở bệnh nhân ung thư. Để thay thế, chúng tôi đã khai thác thông tin về BMI và mức độ sụt cân, đồng thời sử dụng albumin huyết thanh như một chỉ số gián tiếp hỗ trợ đánh giá tình trạng dự trữ protein và dinh dưỡng.

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng người cao tuổi mắc ung thư thực quản ngực tương đối cao. Trong đó, chỉ số khối cơ thể BMI $< 18,5$, albumin huyết thanh < 35 g/L và sụt cân trên 5% trong 6 tháng là yếu tố liên quan độc lập đến nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002

và suy dinh dưỡng theo GLIM. Cần tầm soát dinh dưỡng sớm bằng NRS-2002 và GLIM ở tất cả người bệnh ung thư thực quản ≥ 60 tuổi, phân tầng nguy cơ để cá thể hóa điều trị hỗ trợ, ưu tiên can thiệp dinh dưỡng sớm, đặc biệt ở nhóm: chỉ số khối cơ thể thấp, sụt cân nhanh.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Siegel RL, Miller KD, et al. Cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin. 2023;73(1):17–48.
- [2] Kondrup J, Rasmussen HH, et al; Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3):321–336.
- [3] Cederholm T, Jensen GL, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1–9.
- [4] Liu T, Zhang Q, Zhang Y, et al. Malnutrition diagnosed by GLIM criteria predicts overall survival in patients with esophageal cancer: A multicenter cohort study. Clin Nutr. 2021;40(7):4793–4800.
- [5] Chen H, Li B, Liu W, et al. Age impacts survival after esophagectomy for esophageal squamous cell carcinoma: a propensity score matched analysis. J Thorac Dis. 2020;12(5):2310–2319.
- [6] Kato H, Nakajima M. Treatments for esophageal cancer: a review. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2020;68(7):435–443.
- [7] Kim SH, Kim YS, Kim HJ, et al. Nutritional risk and its impact on surgical outcomes in elderly patients with esophageal cancer. Nutr Cancer. 2020;72(4):605–613.
- [8] Nguyễn Đỗ Nhân. Kết quả trung hạn phẫu thuật (Phương pháp Orringer) điều trị ung thư thực quản ngực tại Bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam. 44. 70-80.
- [9] Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2021;40(5):2898–2913.
- [10] Zhang X, Tang M, Zhang M, et al. Predictive value of preoperative nutritional status on postoperative outcomes and survival in elderly patients with esophageal squamous cell carcinoma. J Geriatr Oncol. 2020;11(7):1098–1104.

- [11] Yoshida M, Takiguchi G, Okabe H, et al. Impact of nutritional parameters on short-term surgical outcomes in elderly patients undergoing esophagectomy. *Ann Surg Oncol*. 2023;30(2):781–790.
- [12] Lee JH, Kim SG, Park SH, et al. Clinical utility of NRS-2002 and GLIM for predicting poor nutritional status in elderly esophageal cancer patients. *Clin Nutr*. 2021;40(6):4032–4039.
- [13] Caccialanza R, Laviano A, Mariani L, et al. Impact of low serum albumin on clinical outcomes of older patients with gastrointestinal cancer. *Eur J Cancer*. 2020;137:40–47.
- [14] Märkl B, Fichtner-Feigl S, Schäfer C, et al. Unintentional weight loss and malnutrition according to GLIM criteria are independent risk factors of poor outcome in elderly cancer patients. *Nutrients*. 2022;14(4):875.

