

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS AFTER OVARIAN CANCER SURGERY AT K HOSPITAL, 2025-2026

Nguyen Thi Lien^{1*}, Hoang Viet Bach^{1,2}, Hoang Thi Phuong¹, Ma Ngoc Yen³, Nguyen Duc Diu¹, Le Thi Huong^{1,2}

¹Vietnam National Cancer Hospital, cơ sở 3 - 30 Cau Buou, Thanh Liet ward, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

³Nutrition and Dietetics Department, Hospital of University of Medicine and Pharmacy (Linh Dam campus), Vietnam National University, Hanoi - 189 Linh Duong, Hoang Liet ward, Hanoi, Vietnam

Received: 24/03/2026

Revised: 12/05/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Objective: To assess the nutritional status and related factors among postoperative ovarian cancer patients at Vietnam National Cancer Hospital, 2025-2026.

Subjects and methods: A cross-sectional study was conducted on 125 ovarian cancer patients on the 7th day after surgery during inpatient treatment at the Gynecologic Surgery Department and the On-Demand Treatment Department of Vietnam National Cancer Hospital.

Results: The prevalence of postoperative malnutrition according to GLIM criteria was 79.2%. Malnutrition based on BMI was observed in 23.2% of patients, while the prevalence of overweight/obesity was 4%. Serum albumin-defined malnutrition was found in 33.8% of cases. The prevalence of anemia was 44.8%. Patients living in rural areas had a 2.95-fold higher risk of malnutrition compared to those living in urban areas (OR = 2.95; 95% CI: 1.01-8.56; $p < 0.05$), and this difference was statistically significant.

Conclusion: Postoperative malnutrition is highly prevalent. Place of residence is an independent factor associated with patients' nutritional status. Timely and appropriate nutritional assessment, counseling, and intervention are essential to improve postoperative nutritional outcomes.

Keywords: Nutritional status, ovarian cancer, postoperative, GLIM.

*Corresponding author

Email: nguyentliendc138@gmail.com Phone: (+84) 965360737 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5982



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ BUỒNG TRỨNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2025-2026

Nguyễn Thị Liên^{1*}, Hoàng Việt Bách^{1,2}, Hoàng Thị Phương¹, Ma Ngọc Yến³, Nguyễn Đức Dịu¹, Lê Thị Hương^{1,2}

¹Bệnh viện K, cơ sở 3 - 30 Cầu Bươu, phường Thanh Liệt, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

³Khoa Dinh dưỡng và Tiết chế, Bệnh viện Đại học Y Dược (cơ sở Linh Đàm), Đại học Quốc gia Hà Nội - 189 Linh Đường, phường Hoàng Liệt, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 12/05/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến người bệnh ung thư buồng trứng sau phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2025-2026.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 125 người bệnh ung thư buồng trứng sau phẫu thuật ngày thứ 7 điều trị nội trú tại Khoa Ngoại Phụ khoa và Khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện K.

Kết quả: Tỷ lệ suy dinh dưỡng sau phẫu thuật theo GLIM chiếm 79,2%; suy dinh dưỡng theo BMI (23,2%), trong khi tỷ lệ thừa cân/béo phì (4%); suy dinh dưỡng theo albumin (33,8%); thiếu máu chiếm tỷ lệ 44,8%. Ở nông thôn, người bệnh có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao gấp 2,95 lần người bệnh sống ở thành thị, với (OR = 2,95; 95% CI: 1,01-8,56), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận: Suy dinh dưỡng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao. Nơi ở là một yếu tố độc lập với tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. Cần có sự can thiệp và tư vấn dinh dưỡng phù hợp và kịp thời để cải thiện tình trạng dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, ung thư buồng trứng, sau phẫu thuật, GLIM.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những loại ung thư nguy hiểm ở phụ nữ với tỷ lệ mắc khá cao và tiến triển nhanh. Theo GLOBOCAN (2022), ung thư buồng trứng (UTBT) đứng thứ 7 trong các loại ung thư phổ biến ở nữ giới [1]. Tại Việt Nam, UTBT đứng thứ 11 trong các bệnh ung thư ở nữ giới [1]. UTBT thường diễn biến âm thầm với các triệu chứng không đặc hiệu hoặc không có triệu chứng ở giai đoạn sớm. Vì vậy, có đến hơn 50% người bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn khi sự phát triển của các khối u gây áp lực lên bàng quang, tử cung và trực tràng [2]. Ngoài ra, sự tác động chuyển hóa của khối u lớn và tắc ruột gây suy giảm đáng kể khả năng dung nạp thực phẩm, dẫn đến làm suy giảm tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

Suy dinh dưỡng (SDD) là vấn đề dinh dưỡng thường gặp nhất ở người bệnh ung thư và người bệnh UTBT. Trong số tất cả các bệnh lý ung thư phụ khoa, UTBT có tỷ lệ SDD liên quan đến bệnh cao nhất [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Lam và cộng sự cho thấy, tỷ lệ người bệnh UTBT bị SDD sau phẫu thuật là 56,2% cao gấp 2 lần so với trước phẫu thuật [3]. Ngoài ra, một nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng hơn 50% người bệnh UTBT có nguy cơ bị SDD [2]. Tình trạng này ảnh hưởng tiêu cực đến hiệu quả điều trị, gây đau đớn cho người bệnh và tăng tỷ lệ tử vong và biến chứng [2]. Ngoài ra, tình trạng dinh dưỡng kém cũng ảnh hưởng đáng kể đến sự xuất hiện của các biến chứng sau phẫu thuật [2].

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh UTBT, tuy nhiên ở Việt Nam, vấn đề này chưa thực sự được quan tâm, nhất là người bệnh UTBT sau phẫu thuật.

Tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh UTBT sau phẫu thuật là vấn đề rất quan trọng, ảnh hưởng đến kết quả điều trị và khả năng phục hồi của người bệnh. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh UTBT sau phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2025-2026.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 7/2025 đến tháng 1/2026 tại Khoa Ngoại Phụ khoa và Khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện K cơ sở 3.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh UTBT sau phẫu thuật điều trị triệt căn ngày thứ 7 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh từ 20 tuổi trở lên; được chẩn đoán xác định UTBT bằng mô bệnh học theo Ủy ban Liên hợp Ung thư Hoa Kỳ (AJCC); có hồ sơ bệnh án đầy đủ tại Bệnh viện K cơ sở 3; được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu; tỉnh táo, tiếp xúc được, không bị rối loạn về nhận thức.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh câm, điếc hoặc không thể thu thập được các thông tin, số liệu; người bệnh có

*Tác giả liên hệ

Email: nguyentliendc138@gmail.com Điện thoại: (+84) 965360737 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5982

tình trạng phù, cổ trướng, tràn dịch hoặc bệnh lý về thần kinh, cơ xương khớp làm hạn chế vận động chủ động; người bệnh UTBT có phẫu thuật vào đường tiêu hóa.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Tính cỡ mẫu theo công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; p = 0,681 là tỷ lệ người bệnh UTBT có nguy cơ bị SDD từ nghiên cứu của Rajan S và cộng sự [4]; $\epsilon = 0,12$ là sai số tuyệt đối; α là mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$, khi đó $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Từ các dữ liệu trên, tính được cỡ mẫu là n = 125.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đến khi đủ cỡ mẫu.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tên, tuổi, nơi ở, dân tộc, nghề nghiệp, giai đoạn bệnh, hóa chất tiền phẫu, tiền sử bệnh lý kèm theo.

- Tình trạng dinh dưỡng: chiều cao, cân nặng, phân loại SDD theo BMI (chỉ số khối cơ thể) và GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition).

- Chỉ số sinh hóa và công thức máu: phân loại SDD theo albumin, phân loại thiếu máu theo hemoglobin.

- Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh: nghề nghiệp, dân tộc, nơi ở, tiền sử bệnh kèm theo, hóa chất tiền phẫu, giai đoạn bệnh.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

- Tình trạng dinh dưỡng bình thường (BMI 18,5-24,9 kg/m²); SDD (thiếu năng lượng trường diễn) khi BMI < 18,5 kg/m²; thừa cân/béo phì khi BMI > 25 kg/m² [5].

- Chẩn đoán SDD theo GLIM: người bệnh được chẩn đoán SDD nếu đáp ứng ít nhất một yếu tố kiểu hình và một tiêu chí căn nguyên.

Tiêu chí kiểu hình: (1) giảm cân không chủ ý (giảm trên 5% cân nặng trong vòng 6 tháng qua, hoặc giảm trên 10% cân nặng trong vòng hơn 6 tháng; (2) BMI thấp (< 18,5 kg/m² đối với những người dưới 70 tuổi, hoặc < 20 kg/m² đối với người từ 70 tuổi trở lên cho dân số châu Á); (3) giảm khối lượng cơ (chu vi vòng cánh tay < 24 cm hoặc chu vi bắp chân < 33 cm đối với nữ).

Tiêu chí căn nguyên: (1) giảm ăn hoặc giảm đồng hóa khi người bệnh ăn ≤ 50% nhu cầu năng lượng trong hơn 1 tuần, hoặc giảm ăn trong hơn 2 tuần hoặc bệnh lý tiêu hóa mạn tính làm giảm chuyển hóa hoặc giảm hấp thu; (2) tình trạng viêm hoặc gánh nặng bệnh tật: người bệnh có bệnh lý cấp tính, chấn thương, bệnh mạn tính, có đáp ứng viêm.

SDD theo GLIM là biến số nhị phân, gồm 2 giá trị: có (khi có ít nhất 1 tiêu chí kiểu hình và 1 tiêu chí căn nguyên) và không (khi không thỏa mãn điều kiện trên) [6].

- Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số albumin huyết thanh: 35-52 g/l (bình thường); 28 đến dưới 35 g/l (SDD nhẹ); 21 đến dưới 28 g/l (SDD mức độ vừa); < 21 g/l (SDD mức độ nặng) [7].

- Theo Tổ chức Y tế thế giới, đánh giá tình trạng thiếu máu ở nữ giới trưởng thành khi hemoglobin < 120 g/l [8].

2.7. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thông tin chung và tình trạng dinh dưỡng được đánh giá qua phỏng vấn, đo trực tiếp và hồ sơ bệnh án.

Các chỉ số nhân trắc học được thu thập theo quy trình thống nhất. Cân nặng của đối tượng được đo bằng cân điện tử Tanita với độ chính xác 0,1 kg; chiều cao được đo bằng thước đo chiều cao với độ chính xác 0,1 cm; chu vi vòng cánh tay, chu vi bắp chân được đo bằng thước dây với độ chính xác 0,1 cm. BMI được tính bằng cân nặng (kg)/chiều cao bình phương (m).

Quy trình thu thập số liệu được tiến hành tuần tự qua các bước: lựa chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn; hỏi các thông tin chung; đo chiều cao, cân nặng, chu vi bắp chân, chu vi vòng cánh tay; đánh giá người bệnh bằng bộ tiêu chuẩn chẩn đoán GLIM; lấy kết quả xét nghiệm hóa sinh và công thức máu.

2.8. Phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel, được làm sạch và mã hóa trước khi đưa vào phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher's exact được áp dụng để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ. Phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng SDD của người bệnh bằng hồi quy logistic đơn biến và đa biến, kết quả biểu diễn theo OR (95% CI). Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi giá trị p < 0,05.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng bảo vệ đề cương cao học tại Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội và được thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện K (số 1400/BVK-HĐĐĐ năm 2025). Các đối tượng được thông báo mục đích nghiên cứu, chỉ được tiếp tục điều tra nếu đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu, thông tin của đối tượng được giữ bí mật và kết quả chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

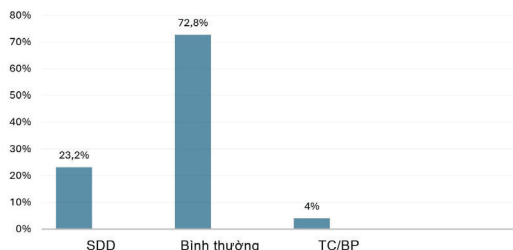
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 125)

Thông tin chung			Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhân khẩu học	Tuổi	20-59 tuổi	69	55,2
		≥ 60 tuổi	56	44,8
		Trung vị (Q1-Q3)	57 (47-66)	
	Nơi ở	Nông thôn	83	66,4
		Thành thị	42	33,6
	Bệnh lý kèm theo	Có	40	32
		Không	85	68
	Dân tộc	Kinh	105	84
		Khác	20	16
	Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức	29	23,2
		Nông dân, tự do, khác	96	76,8
	Hóa chất tiền phẫu	Có	37	29,6
		Không	88	70,4
Giai đoạn bệnh	I, II	51	40,8	
	III, IV	74	59,2	

Thông tin chung			Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhân trắc học	Cân nặng (kg)	Trung vị (Q1-Q3)	49,8 (44,8-53,2)	
	Chiều cao (m)	Mean $\pm$ SD	1,55 $\pm$ 0,05	
	BMI (kg/m ²)	Trung vị (Q1-Q3)	20,8 (18,7-22,3)	
Công thức máu và hóa sinh <i>máu</i>	Hemoglobin (g/L)	Mean $\pm$ SD	119,4 $\pm$ 13,9	
	Albumin (g/L) (n = 80)	Mean $\pm$ SD	37,1 $\pm$ 5,2	

Trong số 125 người bệnh tham gia vào nghiên cứu, độ tuổi trung vị là 57 (47-66), hầu hết sống ở nông thôn (66,4%), đa số là người dân tộc Kinh (84%), nghề nghiệp là nông dân/tự do/ngề nghiệp khác chiếm tỷ lệ chủ yếu (76,8%). Một phần ba đối tượng nghiên cứu có các bệnh lý đi kèm (32%). Người bệnh có cân nặng trung vị là 49,8 (44,8-53,2) kg; chiều cao trung bình là 1,55 $\pm$ 0,05 m; BMI trung vị là 20,8 (18,7-22,3) kg/m²; về xét nghiệm hemoglobin máu trung bình 119,4 $\pm$ 13,9 g/L; albumin trung bình là 37,1 $\pm$ 5,2 g/L. Có đến 70,4% người bệnh chưa trải qua hóa chất tiền phẫu và chủ yếu người bệnh ở giai đoạn muộn III và IV (59,2%).



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo BMI (n = 125)

Biểu đồ 1 cho thấy, đối tượng nghiên cứu SDD theo BMI chiếm tỷ lệ 23,2%, chỉ 4% bị thừa cân/béo phì (TC/BP), đa số còn lại có tình trạng dinh dưỡng bình thường (72,8%).

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo GLIM, albumin và hemoglobin (n = 125)

Tình trạng dinh dưỡng		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tiêu chuẩn chẩn đoán GLIM	SDD	99	79,2%
	Bình thường	26	20,8%
Albumin (n = 80)	SDD	27	33,8%
	Bình thường	53	66,2%
Hemoglobin	Thiếu máu	56	44,8%
	Bình thường	69	55,2%

Theo bảng 2, người bệnh bị SDD theo tiêu chuẩn GLIM chiếm tỷ lệ cao (79,2%). Tỷ lệ thiếu máu chiếm tỷ lệ khá cao (44,8%). Trong số 80 đối tượng tham gia nghiên cứu được xét nghiệm albumin, có đến 33,8% bị SDD theo albumin.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM và một số yếu tố liên quan

Đặc điểm		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức	0,48 (0,19-1,23)	0,121	0,56 (0,19-1,65)	0,29
	Nông dân, tự do, khác	1		1	

Đặc điểm		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Dân tộc	Kinh	0,17 (0,02-1,32)	0,072	0,224 (0,03-2,03)	0,183
	Khác	1		1	
Nơi ở	Nông thôn	3,11 (1,28-7,57)	0,01	2,95 (1,01-8,56)	0,047
	Thành thị	1		1	
Tiền sử bệnh kèm theo	Không	2,67 (1,1-6,47)	0,027	3,82 (0,45-32,39)	0,219
	Có	1		1	
Hóa chất tiền phẫu	Có	1,18 (0,45-3,1)	0,737	1,63 (0,44-5,98)	0,46
	Không	1		1	
Giai đoạn bệnh	I, II	0,92 (0,39-2,22)	0,86	0,57 (0,07-4,68)	0,599
	III, IV	1		1	

Theo kết quả phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy người bệnh sống ở nông thôn có nguy cơ bị SDD cao gấp 2,95 lần những người bệnh sống ở thành thị (OR = 2,95; 95% CI: 1,01-8,56), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tiền sử bệnh lý kèm theo có cho thấy mối liên quan với tình trạng SDD trong phân tích đơn biến nhưng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh với $p > 0,05$. Ngoài ra, nghiên cứu chưa tìm thấy sự khác biệt giữa nhóm người bệnh bị SDD với các yếu tố như nghề nghiệp, dân tộc, hóa chất tiền phẫu và giai đoạn bệnh.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 125 người bệnh UTBT sau phẫu thuật tại Bệnh viện K cơ sở 3 với phần lớn người bệnh có độ tuổi trung vị là 57 (47-66) tuổi, nhóm tuổi hay mắc là dưới 60 tuổi (55,2%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Phương và cộng sự (2024) về người bệnh UTBT trước phẫu thuật và nghiên cứu của Hoàng Việt Bách và cộng sự (2024) về người bệnh UTBT đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện K [9-10]. Chủ yếu, người bệnh đều ở giai đoạn muộn III và IV, tương tự với các nghiên cứu của Benna-Doyle S và cộng sự, Hoàng Thị Phương và cộng sự và Hoàng Việt Bách và cộng sự [2], [9-10].

4.2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng BMI là phương pháp phổ thông thường xuyên được sử dụng trong cộng đồng và lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 23,2% người bệnh được đánh giá là thiếu năng lượng trường diễn, 4% người bệnh được đánh giá thừa cân/béo phì và tỷ lệ người bệnh được đánh giá bình thường là 72,8%. So sánh với nghiên cứu của Hoàng Thị Phương và cộng sự, Hoàng Việt Bách và cộng sự có tỷ lệ người bệnh bị SDD là 11,6% và 12% [9-10] thì tỷ lệ SDD ở người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm người bệnh sau mổ khi người bệnh bị sụt giảm lượng ăn vào do các tình trạng đau, mệt mỏi, ăn nhanh no, chán ăn... trong quá trình điều trị nội trú, trong khi đối tượng nghiên cứu của Hoàng Thị Phương và Hoàng Việt Bách lần lượt là người bệnh UTBT trước phẫu thuật và người bệnh UTBT điều trị hóa chất. BMI có ưu điểm là phương pháp theo dõi trọng lượng dễ thực hiện với dụng

cụ đơn giản, kết quả thu được nhanh chóng, tuy nhiên BMI không phản ánh được sự thay đổi về tình trạng dinh dưỡng trong thời gian ngắn, do đó cần phối hợp với nhiều phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng khác.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có đến 79,2% người bệnh UTBT sau phẫu thuật bị SDD theo tiêu chuẩn chẩn đoán GLIM. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Rajan S và cộng sự khi tỷ lệ người bệnh UTBT bị SDD theo GLIM là 68,1% [4]; tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy và cộng sự trên nhóm người bệnh ung thư dạ dày sau phẫu thuật với tỷ lệ SDD theo GLIM là 77,5% [11]; và khá tương tự với nghiên cứu của Zhang Q và cộng sự với 70,3% người bệnh ung thư chung bị SDD theo GLIM [12]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là UTBT sau phẫu thuật nên tình trạng dinh dưỡng có xu hướng nặng nề hơn. Thời điểm đánh giá tình trạng dinh dưỡng sau phẫu thuật buồng trứng của chúng tôi là ngày thứ 7 sau phẫu thuật, đây cũng chính là thời điểm người bệnh rất cần sự tư vấn, hướng dẫn chi tiết về chăm sóc dinh dưỡng khi trở lại với gia đình.

Hiện nay, có nhiều phương pháp được sử dụng để đánh giá và sàng lọc dinh dưỡng ở người bệnh UTBT. Trong những năm gần đây, các bác sĩ lâm sàng đã sử dụng phương pháp đánh giá dinh dưỡng dựa trên albumin. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 33,8% người bệnh bị SDD theo chỉ số albumin. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Lam và cộng sự khi tỷ lệ này là 17,1% [3] và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy và cộng sự trên nhóm người bệnh UTDD sau phẫu thuật là 19,7% [11]. Nồng độ albumin huyết thanh liên quan đến tình trạng dinh dưỡng, thời gian mắc bệnh, loại ung thư..., do đó có sự khác biệt về tỷ lệ SDD theo albumin giữa các nghiên cứu.

Theo nghiên cứu, có đến 44,8% người bệnh bị thiếu máu. Kết quả cao hơn các nghiên cứu của Hoàng Việt Bách [10] và Hoàng Thị Phương [9] khi tỷ lệ thiếu máu của 2 nghiên cứu này lần lượt là 37,7% và 38%. Sự khác biệt này có thể do đối tượng của chúng tôi là người bệnh UTBT sau phẫu thuật, người bệnh vừa trải qua cuộc phẫu thuật lớn. Nguyên nhân chủ yếu có thể là do mất máu trong quá trình phẫu thuật. Ngoài ra, phản ứng viêm sau mổ làm gia tăng tình trạng ức chế sinh hồng cầu, đồng thời người bệnh thường giảm ăn dẫn đến giảm khả năng hồi phục tạo máu. Thêm vào đó, tình trạng truyền dịch, mất cân bằng nội môi cũng có thể làm pha loãng nồng độ hemoglobin, góp phần làm tăng tỷ lệ thiếu máu được ghi nhận.

4.3. Tình trạng dinh dưỡng theo tiêu chuẩn chẩn đoán GLIM và một số yếu tố liên quan

Trong phân tích đa biến, những người bệnh sống ở nông thôn có nguy cơ SDD cao hơn so với người bệnh sống ở thành thị, cho thấy nơi ở có liên quan độc lập với SDD theo GLIM trong mô hình hồi quy đa biến. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế, trong đó các yếu tố liên quan đến điều kiện kinh tế - xã hội và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế đóng vai trò quan trọng đối với tình trạng dinh dưỡng. Theo Arends J và cộng sự, người bệnh ung thư sống trong điều kiện hạn chế về nguồn lực, bao gồm khu vực nông thôn, thường có nguy cơ SDD cao hơn do khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc dinh dưỡng và hỗ trợ y tế còn hạn chế [13]. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Argefa T.G và cộng sự khi chỉ ra mối liên quan giữa

người bệnh ung thư phụ khoa sống ở nông thôn có tỷ lệ SDD và tỷ lệ tử vong cao hơn người bệnh sống ở thành thị [14]. Người bệnh UTBT sống ở khu vực nông thôn thường bị hạn chế về khả năng tiếp cận về chăm sóc dinh dưỡng và y tế chuyên sâu, cũng như những điều kiện kém hơn về kinh tế và giáo dục. Bên cạnh đó, các yếu tố như thu nhập thấp, trình độ học vấn hạn chế và khả năng khó tiếp cận với các loại thực phẩm giàu dinh dưỡng cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng này.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy, các bệnh nền ổn định như đái tháo đường, tăng huyết áp... chưa làm thay đổi tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. Do hạn chế nghiên cứu mô tả cắt ngang, nên kết quả của chúng tôi có thể tìm thấy mối liên quan trong phân tích đơn biến nhưng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh. Kết quả này có sự khác biệt với Haskins C.P và cộng sự trong nghiên cứu phân tích tổng hợp đã đưa ra kết luận các bệnh đồng mắc ảnh hưởng tiêu cực đến dinh dưỡng và sức khỏe [15]; hay khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy và cộng sự (2023) trên người bệnh ung thư dạ dày sau phẫu thuật khi chỉ ra mối liên quan giữa những người kèm theo 1 bệnh đồng mắc có tỷ lệ SDD cao gấp 2,5 lần những người bệnh không có bệnh đồng mắc nào [11].

Như vậy, dựa trên các tiêu chí và công cụ đánh giá khác nhau, tỷ lệ SDD ở người bệnh sau phẫu thuật UTBT tại Bệnh viện K còn khá cao. Nghiên cứu của chúng tôi là một trong số ít các nghiên cứu tìm hiểu về tình trạng dinh dưỡng và yếu tố liên quan đến người bệnh UTBT sau phẫu thuật. Từ đó cho thấy, người bệnh UTBT sau phẫu thuật trước khi được về nhà, nên được tư vấn dinh dưỡng chuyên sâu bởi các chuyên gia dinh dưỡng để được lập các kế hoạch nhằm cải thiện được tình trạng dinh dưỡng của người bệnh khi ở cộng đồng.

Bên cạnh việc cung cấp bằng chứng khoa học cho các chương trình can thiệp, nghiên cứu của chúng tôi còn một số giới hạn nhất định. Do nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện, với khoảng thời gian thu thập số liệu có hạn và cỡ mẫu còn hạn chế với 125 người bệnh, kết quả chỉ phản ánh tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trong phạm vi nghiên cứu nên chưa thể ngoại suy được.

5. KẾT LUẬN

SDD sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao ở người bệnh UTBT. Người bệnh sống ở khu vực nông thôn có mối liên quan tương đối chặt chẽ với tình trạng SDD. Kết quả này nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc sàng lọc, tư vấn và can thiệp dinh dưỡng sớm, cần được triển khai liên tục từ trước đến sau phẫu thuật nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh, góp phần tăng hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện, và cải thiện chất lượng cuộc sống.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] International Agency for Research on Cancer. Cancer Today. Lyon (France): IARC, 2022 [cited 2026 May 3]. <https://gco.iarc.who.int/today/>
- [2] Benna-Doyle S, Baguley B.J, Laing E, Kiss N. Nutritional interventions during treatment for ovarian cancer: a narrative review and recommendations for future research. *Maturitas*, 2024, 183: 107938. doi: 10.1016/j.maturitas.2024.107938
- [3] Nguyen T.L, Vu T.H, Do N.K, Nguyen T.T.H, Pham V.B, Chu D.T. Nutritional status of patients with ovarian cancer and associated factors. *World Acad Sci J*, 2023, 5 (6): 1-8. doi: 10.3892/wasj.2023.213

- [4] Rajan S, Dhamija E, Malhotra N et al. Nutritional assessment in gynecological cancers: Experience from an Indian tertiary care center. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2025, 310: 113964. doi: 10.1016/j.ejogrb.2025.113964.
- [5] World Health Organization. Body mass index (BMI). Geneva [cited 2026 May 3]. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>
- [6] Cederholm T, Jensen G.L, Correia MITD et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, 2019, 10 (1): 207-17. doi: 10.1002/jcsm.12383
- [7] Lis C.G, Grutsch J.F, Vashi P.G, Lammersfeld C.A. Is serum albumin an independent predictor of survival in patients with breast cancer? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 2003, 27 (1): 10-15. doi: 10.1177/014860710302700110
- [8] World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Geneva, 2011 [cited 2025 Jan 3]. <https://iris.who.int/handle/10665/85839>
- [9] Hoàng Thị Phương, Nguyễn Thị Thanh Hòa, Phạm Văn Bình, Hoàng Việt Bách, Lê Thị Hương. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư buồng trứng tại Bệnh viện K năm 2018-2019. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023, 526 (2): 296-300. doi: 10.51298/vmj.v526i2.5575
- [10] Hoàng Việt Bách, Đào Thị Phúc Thịnh, Phạm Văn Bình, Lê Thị Hương. Tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư buồng trứng điều trị hóa chất tại Bệnh viện K năm 2023-2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2025, 54 6 (2): 366-370. doi: 10.51298/vmj.v546i2.12672
- [11] Nguyễn Thị Thủy, Nguyễn Thị Đình, Hoàng Việt Bách. Tình trạng dinh dưỡng trước, sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan của người bệnh ung thư dạ dày tại Bệnh viện K năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2026, 558 (1): 108-112. doi: 10.51298/vmj.v558i1.16935
- [12] Zhang Q, Zhang K.P, Zhang X et al. Scored-GLIM as an effective tool to assess nutrition status and predict survival in patients with cancer. *Clin Nutr*, 2021, 40 (6): 4225-33. doi: 10.1016/j.clnu.2021.01.033
- [13] Arends J, Bachmann P, Baracos V et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*, 2017, 36 (1): 11-48. doi: 10.1016/j.clnu.2016.07.015.
- [14] Argefa T.G, Roets L. Malnutrition and the survival of cervical cancer patients: a prospective cohort study using the PG-SGA tool. *Nutr Cancer*, 2022, 74 (2): 605-12.
- [15] Haskins C.P, Champ C.E, Miller R, Vyfhuis M.A.L. Nutrition in cancer: evidence and equality. *Adv Radiat Oncol*, 2020, 5 (5): 817-23. doi: 10.1016/j.adro.2020.05.008