Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 278-283

NUTRITIONAL STATUS ACCORDING TO PG-SGA AND SOME RELATED FACTORS OF PATIENTS WITH GASTRIC AND COLORECTAL CANCER AT BAI CHAY HOSPITAL IN 2025

Pham Thanh Vu[1], Do Thi Van[2], Phan Minh Hai[2],
Nguyen Trong Hung[3], Tran Thi Hao[4], Do Nam Khanh[4*]

[1]*Thanh Vu Medic Hospital - No. 183 Ba Trieu, Bac Lieu Ward, Ca Mau Province, Vietnam*
[2]*Bai Chay Hospital - Viet Hung Ward, Quang Ninh Province, Vietnam*
[3]*National Institute of Nutrition - 48 Tang Bat Ho, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam*
[4]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 20/04/2026
Revised: 25/06/2026; Accepted: 06/08/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the nutritional status and associated factors among patients with gastric and colorectal cancer undergoing chemotherapy at Bai Chay General Hospital in 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 109 patients.

Results: Males accounted for 69.7%; the mean age was 60.9±11.7 years, with patients aged >60 years comprising 60.7%. Rectal cancer accounted for 45.0%, colon cancer 36.7%, and gastric cancer 18.3%; most patients were at stage III–IV (89%). The mean number of chemotherapy cycles was 4.1±2.1. Based on BMI, 67.0% had normal nutritional status, while 29.4% were malnourished. According to PG-SGA classification, 62.4% were categorized as A, 26.6% as B, and 11.0% as C. Weight loss was common: 62.4% lost weight within 1 month (2.7±2.1 kg) and 76.1% within 6 months (4.0±3.0 kg). Within 1 month, 57.8% reported reduced food intake, mainly consuming less than usual. Patients with fewer than 5 chemotherapy cycles had a 5.1-fold higher risk of severe malnutrition (95% CI: 1.2–20.8; p=0.021). Hypoalbuminemia was significantly associated with severe malnutrition (p<0.001), whereas cancer stage and diagnosis showed no clear association.

Conclusion: Malnutrition and weight loss are common among patients with gastrointestinal cancers undergoing chemotherapy. PG-SGA is a useful tool for early detection, and routine nutritional screening and intervention should be strengthened in clinical practice.

Keywords: PG-SGA, nutrition, gastric cancer, colorectal cancer, Bai Chay General Hospital.

*Corresponding author
Email: donamkhanh@hmu.edu.vn **Phone**: (+84) 983616365 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6274

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG THEO PG-SGA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ DẠ DÀY ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BÃI CHÁY NĂM 2025

Phạm Thanh Vũ[1], Đỗ Thị Vân[2], Phan Minh Hải[2], Nguyễn Trọng Hưng[3], Trần Thị Hảo[4], Đỗ Nam Khánh[4*]

[1]Bệnh viện Thanh Vũ Medic - Số 183 Bà Triệu, P. Bạc Liêu, Tỉnh Cà Mau, Việt Nam
[2]Bệnh viện Bãi Cháy - P. Việt Hưng, Tỉnh Quảng Ninh, Việt Nam
[3]Viện Dinh dưỡng Quốc gia - 48 Tăng Bạt Hổ, P. Hai Bà Trưng, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[4]Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 20/04/2026
Ngày sửa: 25/06/2026; Ngày đăng: 06/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng điều trị hóa chất tại Bệnh viện Bãi Cháy năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 109 người bệnh.

Kết quả: Nam chiếm 69,7%; tuổi trung bình 60,9±11,7, nhóm >60 tuổi chiếm 60,7%. Ung thư trực tràng chiếm 45,0%, đại tràng 36,7% và dạ dày 18,3%; đa số ở giai đoạn III–IV (89%). Số đợt hóa chất trung bình 4,1±2,1. Theo BMI, 67,0% bình thường, SDD chiếm 29,4%. Theo PG-SGA, mức A chiếm 62,4%, B 26,6% và C 11,0%. Tỷ lệ sụt cân cao: 62,4% trong 1 tháng (2,7±2,1 kg) và 76,1% trong 6 tháng (4,0±3,0 kg). Trong 1 tháng, 57,8% giảm khẩu phần ăn, chủ yếu ăn ít hơn bình thường. Nhóm điều trị <5 đợt có nguy cơ SDD nặng cao hơn 5,1 lần (95%CI: 1,2–20,8; p=0,021). Nồng độ albumin thấp có liên quan với phân loại PG-SGA (p<0,001), trong khi giai đoạn bệnh và chẩn đoán không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Suy dinh dưỡng và sụt cân phổ biến ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất. Đánh giá bằng PG-SGA giúp phát hiện sớm nguy cơ, cần tăng cường sàng lọc và can thiệp dinh dưỡng trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: PG-SGA, ung thư dạ dày đại tràng, Bệnh viện Bãi cháy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) là tình trạng thường gặp ở người bệnh nhập viện và vẫn là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng [1]. Trên thế giới, tỷ lệ SDD ở bệnh nhân nội trú có thể lên tới khoảng 50% [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ này cũng ở mức cao, khoảng 34,1%, phản ánh gánh nặng đáng kể của vấn đề dinh dưỡng trong bệnh viện [3,4]. SDD không chỉ ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe mà còn làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng nguy cơ nhiễm khuẩn và tỷ lệ tử vong [5,6].

Ung thư hiện đang là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu và tại Việt Nam, với xu hướng ngày càng gia tăng [7]. Trong đó, ung thư đại trực tràng đứng thứ ba về tỷ lệ mắc, còn ung thư dạ dày và đại trực tràng nằm trong nhóm các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư [7,8]. Bên cạnh tác động trực tiếp của bệnh lý, ung thư còn gây ra nhiều rối loạn chuyển hóa và biến chứng, ảnh hưởng sâu sắc đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh [5,9].

Ở bệnh nhân ung thư, đặc biệt là ung thư đường tiêu hóa, SDD và sụt cân là những biểu hiện phổ biến, với tỷ lệ có thể lên tới 40–80% ở các trường hợp tiến triển [5,8]. Nguyên nhân chủ yếu bao gồm sự phát triển của khối u làm tăng nhu cầu chuyển hóa, giảm lượng ăn vào, rối loạn tiêu hóa và hấp thu, cũng như các tác dụng không mong muốn của điều trị như hóa trị [10]. Tình trạng SDD không chỉ làm suy giảm chức năng miễn dịch, giảm khả năng vận động và chất lượng cuộc sống mà còn được coi là một yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân ung thư [5].

Đặc biệt, SDD có thể làm giảm hiệu quả điều trị hóa chất, tăng độc tính và các biến chứng liên quan, từ đó ảnh hưởng tiêu cực đến thời gian sống còn của người bệnh [6]. Do đó, việc đánh giá chính xác tình trạng dinh dưỡng và nhận diện sớm nguy cơ SDD có ý nghĩa quan trọng trong xây dựng chiến lược chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân ung thư [11,12]. Trong thực hành lâm sàng hiện nay, công cụ PG-SGA được khuyến cáo sử dụng rộng rãi do có khả năng đánh giá toàn diện hơn so với các chỉ số nhân trắc đơn thuần [13,14].

Tại Bệnh viện Bãi Cháy, số lượng bệnh nhân ung thư điều trị tại Khoa Ung bướu ngày càng gia tăng với hơn 3.000 lượt khám điều trị mỗi năm trong khoảng 5 năm trở lại đây. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống về tình trạng dinh dưỡng của nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày, đại trực tràng điều trị hóa chất tại đây, đặc biệt khi sử dụng công cụ đánh giá toàn diện như PG-SGA. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA và khảo sát mối liên quan giữa một số đặc điểm của người bệnh với tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện Bãi Cháy năm 2025.

*Tác giả liên hệ
Email: donamkhanh@hmu.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 983616365 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6274

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày, đại trực tràng đang điều trị hóa chất tại khoa ung bướu 1 Bệnh viện Bãi Cháy

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tất cả đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán ung thư dạ dày, đại trực tràng có chỉ định điều trị hóa chất, trong 48 giờ từ lúc nhập viện.

+ Đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành trên 20 tuổi.

+ Đối tượng được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân bị gù vẹo cột sống

+ Bệnh nhân đang có biến chứng nặng, cấp tính như hôn mê, trong thời kỳ phẫu thuật, liệt hoặc bất động lâu ngày

+ Bệnh nhân không tỉnh táo để áp dụng được các biện pháp thu số liệu hoặc không thu thập đủ số liệu nghiên cứu.

+ Bệnh nhân không nuôi dưỡng đường tiêu hoá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại Khoa ung bướu 1 Bệnh viện Bãi Cháy

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2025 đến hết tháng 06/2025.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô cắt ngang

2.2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức độ chính xác tuyệt đối:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

p tỷ lệ bệnh nhân UT có nguy cơ cần can thiệp suy dinh dưỡng theo PG-SGA lấy từ nghiên cứu trước là p = 0,85.36

α: mức ý nghĩa thống kê. Chọn α= 0,05

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy. $Z_{1-\alpha/2}$ tương ứng với độ tin cậy 95% = 1,96

d: Khoảng sai lệch mong muốn thu được. Ta chọn d = 0,1 khi đó:

Thay vào công thức tính được n=98. Thực tế nghiên cứu thu thập được 109 đối tượng nghiên cứu

Chọn mẫu bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Chọn những người bệnh thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ số lượng.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập các thông tin trong hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn để hoàn thiện Phiếu phỏng vấn người bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng điều trị hoá chất, phiếu đánh giá TTDD theo BMI và PG-SGA.

2.4. Phương pháp đánh giá

2.4.1. Theo BMI: Tính chỉ số khối cơ thể: BMI= cân nặng (kg)/ chiều cao2 (m)

Bảng 1. Bảng phân loại chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index) Theo Tổ chức Y tế thế giới năm 1998 [15]

Tình trạng dinh dưỡng		Chỉ số BMI
Thiếu năng lượng trường diễn *(CED – Chronic Energy Deficiency)*	Độ 1	17,0 – 18,49
	Độ 2	16,0 -16,99
	Độ 3	<16,0
Bình thường		18,5 – 24,9
Thừa cân		25 – 29,9
Béo phì độ I		30 – 34,9
Béo phì độ II		35-39,9
Béo phì độ III		≥ 40

2.4.2. Phương pháp PG-SGA (Patient Generated Subjective Global Assessment) [16]: là công cụ đánh giá toàn diện tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư, bao gồm đánh giá sụt cân, thay đổi khẩu phần ăn, các triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống, mức độ hoạt động chức năng, tình trạng bệnh và khám lâm sàng (khối cơ, lớp mỡ dưới da, phù/cổ trướng). Dựa trên kết quả tổng hợp, người bệnh được phân loại thành PG-SGA A (dinh dưỡng tốt), PG-SGA B (nghi ngờ hoặc suy dinh dưỡng nhẹ-vừa) và PG-SGA C (suy dinh dưỡng nặng).

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Nhóm biến số thông tin chung bao gồm: Thông tin về nhân khẩu; thông tin về bệnh lý.

- Nhóm biến số đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng điều trị hoá chất: tỷ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn theo các nhóm đặc điểm dinh dưỡng của người bệnh; tỷ lệ % người bệnh có SDD theo BMI; tỷ lệ % người bệnh có SDD theo PG-SGA.

- Nhóm biến số mục tiêu 2: Các yếu tố liên quan TTDD: mối liên quan giữa TTDD và yếu tố nhân khẩu học: tuổi, giới, nơi ở; mối liên quan giữa TTDD và yếu tố bệnh: chẩn đoán bệnh, giai đoạn bệnh, bệnh lý kèm theo, đợt điều trị hoá chất; mối liên quan giữa TTDD và Albumin, hemoglobin; mối liên quan giữa TTDD và khẩu phần ăn, tần suất sử dụng các nhóm thực phẩm.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu sau khi thu thập được làm sạch, xử lý thô và mã hóa. Thực hiện nhập liệu trên phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được xử lý trên phần mềm STATA 14.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đề cương của Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng trường Đại học Y Hà Nội thông qua đề cương nghiên cứu theo Quyết định số 237/QĐ- YHDP&YTCC ngày 24/6/2024 và được sự chấp thuận, cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh. Tất cả những thông tin về người tham gia nghiên cứu hoặc những thông tin từ bệnh án đều được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Thông tin chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=109)

Thông tin		n	%
Giới tính	Nam	76	69,7
	Nữ	33	30,3

Thông tin		n	%
Tuổi	≤ 40 tuổi	8	7,3
	41– 60 tuổi	35	32,1
	> 60 tuổi	66	60,7
Khu vực sinh sống	Nông thôn	58	53,2
	Thành thị	51	46,8
Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu			
Chẩn đoán	Ung thư dạ dày	20	18,3
	Ung thư đại tràng	40	36,7
	Ung thư trực tràng	49	45,0
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	0	0
	Giai đoạn II	12	11,0
	Giai đoạn III	61	56,0
	Giai đoạn IV	36	33,0
Số đợt điều trị hóa chất		4,1±2,1 (1 - 9)	
Bệnh lý kèm theo	Tăng huyết áp	25	22,9
	Suy tim	7	6,4
	COPD	2	1,8
	Đái tháo đường	16	14,7
	RLCH lipid	9	8,3
	Gout	9	8,3

Kết quả nghiên cứu trên 109 người bệnh cho thấy, nam chiếm 69,7%, cao hơn nữ (30,3%). Tuổi trung bình 60,9±11,7; nhóm >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (60,7%), thấp nhất ≤40 tuổi (7,3%). Đối tượng phân bố tương đối giữa nông thôn (53,2%) và thành thị (46,8%). Số đợt hóa chất trung bình 4,1±2,1. Ung thư trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (45,0%), tiếp đến đại tràng (36,7%) và dạ dày (18,3%). Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn muộn (III: 56%; IV: 33%). Bệnh kèm theo phổ biến nhất là tăng huyết áp (22,9%) và đái tháo đường (14,7%).

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng điều trị hóa chất (n=109)

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Phân loại theo BMI của WHO			
Suy dinh dưỡng	< 18,5	32	29,4
Bình thường	18,5 – 24,9	73	67,0
Thừa cân	≥ 25	4	3,7
Phân loại PG-SGA			
Không SDD	PG-SGA A	68	62,4
SDD nhẹ – vừa	PG-SGA B	29	26,6
SDD nặng	PG-SGA C	12	11,0

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI của người bệnh ở mức bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 67,0%, có số ít người bệnh thừa cân chiếm 3,7%. Người bệnh có tình trạng SDD chiếm 29,4%. Đánh giá phân loại tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA, chiếm tỷ lệ cao nhất 62,4% là PG-SGA A, sau đó đến PG-SGA B chiếm tỷ lệ 26,6% và thấp nhất là SDD mức độ nặng (PG-SGA C) có tỷ lệ 11,0%.

Bảng 4. Đánh giá tình trạng sụt cân của người bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng điều trị hóa chất (n=109)

Tình trạng sụt cân		Số lượng (%)	CN sụt trung bình (kg)	% sụt cân trung bình
Sụt cân trong 1 tháng	Có sụt cân	68 (62,4)	2,7 ± 2,1	5,6 ± 5,2
	Không sụt cân	41 (37,6)		
Sụt cân trong 6 tháng	Có sụt cân	83 (76,1)	4,0 ± 3,0	8,3 ± 7,0
	Không sụt cân	26 (23,9)		
Thay đổi cân nặng trong 2 tuần	Giảm	66 (60,6)		
	Không thay đổi	39 (35,8)		
	Tăng	4 (3,7)		

Tỷ lệ người bệnh có sụt cân chiếm tỷ lệ khá cao, như tỷ lệ sụt cân trong 1 tháng là 62,4% với mức sụt trung bình 2,7 ± 2,1 kg, tương ứng 5,6 ± 5,2% cân nặng cơ thể. Trong vòng 6 tháng, tỷ lệ sụt cân tăng lên 76,1%, mức sụt trung bình 4,0 ± 3,0 kg, tương đương 8,3 ± 7,0% cân nặng. Ngoài ra, 60,6% người bệnh có dấu hiệu giảm cân trong 2 tuần gần nhất.

Bảng 5. Khẩu phần ăn của người bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng điều trị hóa chất trong 1 tháng (n=109)

Khẩu phần ăn		n	%
Trong 1 tháng	Không thay đổi	41	37,6
	Nhiều hơn bình thường	5	4,6
	Ít hơn bình thường	63	57,8
Hiện tại	Thực phẩm thường ngày, số lượng ít hơn	38	34,9
	Thực phẩm đặc với số lượng ít	54	49,5
	Chỉ ăn thực phẩm lỏng	13	11,9
	Chỉ ăn thực phẩm bổ sung dinh dưỡng	4	3,7
	Ăn rất ít thực phẩm tùy loại	0	0

Trong vòng 1 tháng, có 57,8% người bệnh giảm khẩu phần ăn, chỉ có 37,6% giữ nguyên và 4,6% tăng lượng ăn so với bình thường. Về khẩu phần ăn hiện tại, phần lớn người bệnh sử dụng thực phẩm đặc với số lượng ít (49,5%) và thực phẩm thường nhưng lượng ít hơn (34,9%). Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân chỉ dùng thực phẩm lỏng (11,9%) hoặc thực phẩm bổ sung dinh dưỡng (3,7%), và không có trường hợp ăn rất ít tùy loại.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng nặng theo SGA và đặc điểm điều trị của người bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng điều trị hóa chất (n=109)

Đặc điểm	PG SGA		OR 95%CI	p
	PG SGA-A n (%)	PG SGA-C n (%)		
Chẩn đoán				
Ung thư dạ dày	11 (84,6)	2 (15,4)	1	0,604
Ung thư đại tràng	27 (90,0)	3 (10,0)	0,7 (0,1-4,3)	0,776
Ung thư trực tràng	30 (81,1)	7 (18,9)	0,4 (0,1-2,0)	0,316
Giai đoạn bệnh				
Giai đoạn I, II	10 (100,0)	0	0	0,999
Giai đoạn III, IV	58 (82,9)	12 (17,1)		
Đợt điều trị				
< 5 lần	43 (93,5)	3 (6,5)	5,1 (1,2-20,8)	0,021
≥ 5 lần	25 (73,5)	9 (26,5)		
Thiếu máu	40 (78,4)	11 (21,6)	0,1 (0,01-1,0)	0,057
Hemoglobin				
Bình thường	28 (96,6)	1 (3,4)		
Giảm	68 (85,0)	12 (15,0)	-	< 0,001
Albumin (g/l)				
Bình thường	0	0		

Người bệnh có số đợt điều trị < 5 lần có tỷ suất chênh SDD nặng cao hơn nhóm ≥ 5 lần 5,1 lần (95%CI 1,2-20,8) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,021). Tuy nhiên, chẩn đoán và giai đoạn bệnh không liên quan rõ ràng với SDD nặng. Tình trạng thiếu máu có xu hướng liên quan với SDD nặng (p = 0,057), mặc dù chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân có albumin giảm, chiếm 15,0% trong nhóm SDD nặng (p < 0,001).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) theo BMI là 29,4%, trong khi theo PG-SGA, tỷ lệ SDD mức độ nhẹ–vừa và nặng lần lượt là 26,6% và 11,0%. Điều này cho thấy gánh nặng SDD ở bệnh nhân ung thư dạ dày, đại trực tràng điều trị hóa chất vẫn ở mức đáng kể. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu tại Bệnh viện E năm 2024 ghi nhận tỷ lệ SDD ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất xấp xỉ 30% [4]. Tương tự, nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cũng cho thấy tỷ lệ SDD ở mức cao ở nhóm đối tượng này [9]. Tuy nhiên, tỷ lệ SDD trong nghiên cứu vẫn thấp hơn so với một số báo cáo quốc tế, trong đó SDD có thể gặp ở trên 40% bệnh nhân ung thư [1].

Sự khác biệt này có thể liên quan đến phương pháp đánh giá dinh dưỡng. Trong nghiên cứu này, việc sử dụng đồng thời BMI và PG-SGA cho thấy PG-SGA phát hiện được nhiều trường hợp nguy cơ SDD hơn. Đây là công cụ đánh giá toàn diện, kết hợp thông tin về sụt cân, khẩu phần ăn, triệu chứng và khám lâm sàng, do đó có độ nhạy cao hơn so với các chỉ số nhân trắc đơn thuần [13,16]. Một số nghiên cứu đã chứng minh PG-SGA có giá trị tốt trong chẩn đoán SDD và dự báo tiên lượng ở bệnh nhân ung thư [14].

Một điểm đáng chú ý là tỷ lệ sụt cân ở bệnh nhân rất cao, với 62,4% trong 1 tháng và 76,1% trong 6 tháng. Đây là dấu hiệu điển hình của suy mòn ung thư, thường gặp ở các bệnh ung thư đường tiêu hóa [5]. Sụt cân liên quan chặt chẽ đến giảm khẩu phần ăn và rối loạn chuyển hóa do khối u. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy 57,8% bệnh nhân giảm lượng ăn trong vòng 1 tháng, phần lớn chỉ ăn với số lượng ít hơn bình thường. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của SDD ở bệnh nhân ung thư, trong đó giảm ăn và tăng tiêu hao năng lượng là hai yếu tố chính [5,10].

Về đặc điểm bệnh lý, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn muộn (III–IV chiếm 89%), phù hợp với xu hướng chung tại Việt Nam [7]. Ở giai đoạn tiến triển, SDD thường trầm trọng hơn do sự gia tăng nhu cầu chuyển hóa, tác dụng phụ của điều trị và các triệu chứng tiêu hóa kéo dài [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa SDD nặng và giai đoạn bệnh hoặc loại ung thư. Kết quả này có thể do sự phân bố không đồng đều giữa các nhóm hoặc cỡ mẫu chưa đủ lớn để phát hiện sự khác biệt.

Đáng chú ý, số đợt hóa chất có liên quan đến SDD nặng, trong đó nhóm điều trị < 5 đợt có nguy cơ SDD nặng cao hơn 5,1 lần so với nhóm ≥ 5 đợt (p=0,021). Tuy nhiên, kết quả này chỉ phản ánh mối liên quan trong nghiên cứu cắt ngang và không thể khẳng định mối quan hệ nhân quả. Có thể những người bệnh mới bắt đầu điều trị hoặc có thể trạng kém, suy dinh dưỡng từ trước, hoặc bệnh tiến triển nặng chưa đủ điều kiện tiếp tục nhiều chu kỳ hóa chất, trong khi những người hoàn thành nhiều đợt điều trị thường có tình trạng toàn thân tốt hơn. Do đó, cần có các nghiên cứu theo dõi dọc để làm rõ mối quan hệ này. Kết quả này có thể phản ánh thực tế rằng những bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng kém thường khó tiếp tục điều trị đủ số đợt hóa chất. Ngược lại, bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng tốt hơn có khả năng dung nạp điều trị tốt hơn và hoàn thành nhiều chu kỳ hóa trị hơn. Điều này phù hợp với nhận định của Zhang và cộng sự rằng SDD có liên quan chặt chẽ đến tiên lượng và khả năng sống còn ở bệnh nhân ung thư [6].

So với các nghiên cứu quốc tế, kết quả nghiên cứu tiếp tục khẳng định vai trò của đánh giá dinh dưỡng toàn diện trong quản lý bệnh nhân ung thư [3,4]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy PG-SGA không chỉ giúp phát hiện SDD mà còn hỗ trợ phân tầng nguy cơ và định hướng can thiệp dinh dưỡng hiệu quả [13,14]. Đồng thời, can thiệp dinh dưỡng sớm có thể cải thiện đáp ứng điều trị, giảm biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh [11,12]. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa thu thập một số đặc điểm điều trị và bệnh học có khả năng ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng như phác đồ hóa chất, tiền sử phẫu thuật, xạ trị, tình trạng di căn, vị trí khối u và độc tính tiêu hóa. Do đó, các yếu tố này chưa được đưa vào phân tích.

5. KẾT LUẬN

PG-SGA phát hiện tỷ lệ đáng kể người bệnh có nguy cơ hoặc suy dinh dưỡng; tình trạng sụt cân và giảm khẩu phần ăn khá phổ biến ở người bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng điều trị hóa chất. Một số yếu tố có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng trong phân tích hai biến; cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, phân tích đa biến và theo dõi dọc để khẳng định các mối liên quan này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, de Montreuil CB, Schneider SM, Goldwasser F. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. JPEN J Parenter Enteral Nutr. Feb 2014;38(2):196-204. DOI:10.1177/0148607113502674

[2] Doganay M, Halil MG, Uyar M, et al. Prevalence of malnutrition risk in hospitalized patients: a large nationwide study. J Health Popul Nutr. Apr 25 2025;44(1):137. DOI:10.1186/s41043-025-00891-6

[3] Nguyễn Thị Thuý, Lê Thị Hương, Nguyễn Thị Thanh. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư dạ dày trong quá trình điều trị hoá chất tại Bệnh viện K năm 2020-2021. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 10/29 2021;146(10):140-149. doi:10.52852/tcncyh.v146i10.460

[4] Bùi Thị Hoa, Nguyễn Đỗ Huy, Đặng Đức Ngọc, Nguyễn Thị Hồng Thắm. Tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư đường tiêu hoá điều trị hoá chất tại Bệnh viện E năm 2024. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 01/08 2025;21(1):91-97. DOI:10.56283/1859-0381/868

[5] Arends J. Malnutrition in cancer patients: Causes, consequences and treatment options. Eur J Surg Oncol. May 2024;50(5):107074. DOI:10.1016/j.ejso.2023.107074

[6] Zhang X, Tang T, Pang L, et al. Malnutrition and overall survival in older adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. J Geriatr Oncol. Nov 2019;10(6):874-883. DOI:10.1016/j.jgo.2019.03.002

[7] GLOBOCAN. GLOBOCAN 2022: Latest global cancer data shows rising incidence and stark inequities. 2022. https://www.uicc.org/news-and-updates/news/globocan-2022-latest-global-cancer-data-shows-rising-incidence-and-stark

[8] Jayakrishnan T, Ng K. Early-Onset Gastrointestinal Cancers: A Review. JAMA. Oct 21 2025;334(15):1373-1385. DOI:10.1001/jama.2025.10218

[9] Nguyễn Thị Tú Ngọc, Nguyễn Hải Yến, Hà Văn Sơn, Huệ ĐT. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 03/26 2025;188(3):145-152. DOI:10.52852/tcncyh.v188i3.3159

[10] La Văn Phú, Nguyễn Thị Nga, Nguyễn Văn Non. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hoá trước phẫu thuật theo BMI và SGA tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 05/05 2024;538(1).DOI:10.51298/vmj.v538i1.9401

[11] Aprile G, Basile D, Giaretta R, et al. The Clinical Value of Nutritional Care before and during Active Cancer Treatment. Nutrients. Apr 5 2021;13(4). DOI:10.3390/nu13041196

[12] Tan S, Meng Q, Jiang Y, et al. Impact of oral nutritional supplements in post-discharge patients at nutritional risk following colorectal cancer surgery: A randomised clinical trial. Clin Nutr. Jan 2021;40(1):47-53. DOI:10.1016/j.clnu.2020.05.038

[13] Huo Z, Chong F, Yin L, et al. Comparison of the performance of the GLIM criteria, PG-SGA and mPG-SGA in diagnosing malnutrition and predicting survival among lung cancer patients: A multicenter study. Clin Nutr. Jun 2023;42(6):1048-1058. doi:10.1016/j.clnu.2023.04.021

[14] Zhou J, Yang S, Liu T, Sun Y, Li S. Diagnostic performance of GLIM and PG-SGA for malnutrition assessment in adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. Apr 23 2025;25(1):765. DOI:10.1186/s12885-025-13809-6

[15] World Health Organization. Body Mass Index. 1998. https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index

[16] Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. Eur J Clin Nutr. Aug 2002;56(8):779-85. DOI:10.1038/sj.ejcn.1601412