

Nghiên cứu gốc

## THỰC TRẠNG SUY DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2025

Trương Thị Thùy Dương<sup>1,✉</sup>, Trần Thị Huyền Trang<sup>1</sup>, Vi Trần Doanh<sup>2</sup>,  
Vũ Quang Huy<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Ánh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

<sup>3</sup>Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư đường tiêu hoá.

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 155 người bệnh ung thư đường tiêu hoá tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 8 đến tháng 12/2025. Xác định tình trạng dinh dưỡng theo BMI và phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan PG-SGA.

**Kết quả:** Theo BMI, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn của người bệnh chiếm tỷ lệ 31,6% và có 3,2% bị thừa cân-béo phì. Theo PG-SGA, tỷ lệ suy dinh dưỡng mức độ nhẹ PG-SGA B là 45,8% và suy dinh dưỡng mức độ nặng là 18,1%. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy giới tính là yếu tố liên quan độc lập với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn (nữ vs. nam: OR=1,7; 95%CI: 1,45-4,26; p<0,05).

**Kết luận:** Thiếu năng lượng trường diễn thường gặp ở người bệnh ung thư đường tiêu hoá. Cần sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng thường quy và can thiệp dinh dưỡng kịp thời cho người bệnh ung thư đường tiêu hoá nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống người bệnh.

**Từ khoá:** tình trạng dinh dưỡng, BMI, PG-SGA, ung thư đường tiêu hoá.

## MALNUTRITION AND ITS ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL CANCER AT THE ONCOLOGY CENTER, THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL, 2025

### ABSTRACT

**Aims:** To assess the current status of malnutrition and some associated factors among patients with gastrointestinal cancer.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted on 155 patients with gastrointestinal cancer at the Oncology Center, Thai Nguyen National Hospital, from August 2025 to December 2025. Nutritional status was determined using Body Mass Index (BMI) and the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA).

✉ Tác giả liên hệ: Trương Thị Thùy Dương  
Email: truongthithuyduong@tnmc.edu.vn  
Doi: 10.56283/1859-0381/1037.

Nhận bài: 4/4/2026      Chính sửa: 15/4/2026  
Chấp nhận đăng: 4/5/2026  
Công bố online: 5/5/2026

**Results:** The rate of chronic energy deficiency (CED) according to BMI classification was 31.6%, while the rate of overweight and obesity was 3.2%. According to PG-SGA assessment, the rate of patients with mild malnutrition (PG-SGA B) was 45.8%, and severe malnutrition accounted for 18.1%. Multivariable logistic regression analysis indicated that gender was an independent factor associated with CED (women vs. men: OR = 1.7, 95% CI: 1.45–4.26,  $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** CED was predominant in patients with gastrointestinal cancer. Routine nutritional screening and assessment, along with timely nutritional interventions, are necessary for patients with gastrointestinal cancer in order to improve nutritional status, enhance treatment effectiveness, and improve patients' quality of life.

**Keywords:** nutritional status, BMI, PG-SGA, gastrointestinal cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới và đang có xu hướng ngày càng gia tăng. Trong đó, ung thư đường tiêu hoá (UTĐTH) là nhóm ung thư thường gặp và có gánh nặng bệnh tật lớn do đặc điểm của bệnh tiến triển âm thầm, bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, tỷ lệ tái phát cao, đồng thời quá trình điều trị bệnh thường kéo dài với nhiều biện pháp điều trị phối hợp [1].

Thiếu năng lượng và tình trạng dinh dưỡng kém là vấn đề phổ biến và nghiêm trọng ở bệnh nhân UTĐTH. Sụt cân và suy dinh dưỡng (SDD) là những biểu hiện rất hay gặp, đặc biệt là đối với người bệnh UTĐTH do bệnh ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng hấp thu các chất dinh dưỡng của người bệnh. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, 10-20% tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân ung thư có thể do dinh dưỡng chứ không phải do khối u ác tính [2, 3]. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hoá chiếm tỷ lệ cao từ 30-70% tùy theo độ tuổi của bệnh nhân, thể ung thư, giai đoạn của ung thư hay các công cụ tầm soát, đánh giá dinh dưỡng khác nhau [4-6]. Một số kết

quả nghiên cứu cũng cho thấy, thực trạng nuôi dưỡng người bệnh ung thư không đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, sự thiếu hụt này dao động từ 50-80% [4, 7]. Thiếu vitamin và chất khoáng theo nhu cầu khuyến nghị dao động từ 50% đến 92% [4, 7]. Những bệnh nhân ung thư bị suy dinh dưỡng có chỉ định phẫu thuật sẽ có nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn, tăng tỷ lệ biến chứng, tử vong và thời gian nằm viện kéo dài.

Trung tâm Ung bướu, bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, là đơn vị bệnh viện lớn và hiện đại nhất khu vực trung du, miền núi phía Bắc, nơi tập trung nhiều đồng bào dân tộc thiểu số. Tại đây ghi nhận mỗi ngày thực hiện khám điều trị cho trên 300 người bệnh nội trú, tuy nhiên có đến 70% người bệnh không còn ở giai đoạn sớm. Khoảng 2/3 số bệnh nhân điều trị tại khoa là bệnh nhân ung thư đường tiêu hoá, 1/3 số bệnh nhân còn lại là bệnh nhân có các bệnh lý khác như ung thư phổi, ung thư vú, .... Do vậy, việc đánh giá tình trạng thiếu năng lượng trường diễn và khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư đường tiêu hoá là rất quan trọng, đề

từ đó đưa ra chế độ dinh dưỡng đầy đủ và cân đối cho từng bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Chính vì vậy, chúng tôi tiến

hành đề tài này với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư đường tiêu hoá tại Trung tâm Ung bướu, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2025.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng và yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư đường tiêu hoá điều

trị nội trú tại Trung tâm Ung bướu, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, thu thập số liệu từ tháng 8 đến tháng 12 năm 2025.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 155 người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán mắc bệnh ung thư đường tiêu hoá (ung thư dạ dày, đại tràng, trực tràng...) đã khẳng định bằng giải phẫu bệnh, đang điều trị nội trú tại trung tâm Ung bướu, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

cụt chi, không đứng được, người bệnh trong tình trạng cấp cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán mắc bệnh ung thư đường tiêu hoá (ung thư dạ dày, đại tràng, trực tràng...) đã khẳng định bằng giải phẫu bệnh, đang điều trị nội trú tại Trung tâm Ung bướu, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Người bệnh có khả năng trả lời phỏng vấn và tình nguyện tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh bị rối loạn tâm thần, bị câm, điếc. Người bệnh bị các khiếm khuyết ảnh hưởng đến nhân trắc như gù vẹo cột sống,

Chọn toàn bộ bệnh nhân ung thư đường tiêu hoá điều trị nội trú đủ tiêu chuẩn tại trung tâm Ung bướu, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên tại thời điểm nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích tất cả các bệnh nhân ung thư đường tiêu hoá thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian tiến hành nghiên cứu đến khi đủ cỡ mẫu. Buổi sáng các ngày làm việc, dựa trên danh sách bệnh nhân nhập viện, chúng tôi tiến hành lựa chọn người bệnh theo tiêu chuẩn lựa chọn. Người bệnh đáp ứng đủ điều kiện được mời vào nghiên cứu và tiến hành thu thập dữ liệu nghiên cứu, tổng số mẫu thực tế thu được là 155 người bệnh.

### 2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp kết hợp khai thác hồ sơ bệnh án và đo chỉ số nhân trắc. Phỏng vấn trực tiếp được thực hiện bởi các điều tra viên là giảng viên của Bộ môn Dinh dưỡng và An toàn vệ sinh thực phẩm, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên. Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn nhằm thu thập các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, trình độ học

vấn, nghề nghiệp), tiền sử bệnh, bệnh lý kèm theo, thời gian mắc bệnh và các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng. Các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng như chẩn đoán xác định, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị bệnh được thu thập từ hồ sơ bệnh án nhằm đảm bảo tính chính xác và đầy đủ của dữ liệu, hạn chế sai số nhớ lại từ phía người bệnh.

Các chỉ số nhân trắc bao gồm chiều cao và cân nặng được đo trực tiếp bởi điều tra viên. Người bệnh được cân bằng cân điện tử với độ chính xác 0,1kg và đo chiều cao bằng thước đo chiều cao với độ chính xác 0,1cm trong điều kiện không mang giày dép, mặc quần áo mỏng, nhẹ. Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính theo công thức  $BMI = \text{cân nặng (kg)} / (\text{chiều cao (m)})^2$ . Phân loại và đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh theo ngưỡng của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2007): Thiếu năng lượng trường (BMI < 18,5), Bình thường ( $18,5 \leq BMI < 25$ ); Thừa cân-béo phì (BMI  $\geq 25$ ).

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh bằng phương pháp PG-SGA [12]. Người bệnh được phỏng vấn lúc nhập viện. Công cụ này bao gồm hai phần: phần bệnh sử do người bệnh tự khai (sụt cân trong thời gian gần đây, thay đổi khẩu phần ăn, các triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống và hoạt động chức năng) và phần do nhân viên y tế đánh giá (tình trạng bệnh lý, nhu cầu chuyển hoá, thăm khám lâm sàng như mất lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù). Việc thu thập thông tin được thực hiện thông qua phỏng vấn trực tiếp

#### 2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu phỏng vấn và cân đo nhân trắc sẽ được làm sạch, xử lý thô, mã hóa, và sau đó được nhập trên phần mềm Epidata 3.1, nhập liệu 2 lần để kiểm soát sai số. Sau đó, xử lý và phân tích bằng

#### 2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của bệnh viện Trung Ương Thái

người bệnh kết hợp với thăm khám lâm sàng bởi điều tra viên đã được tập huấn. Sau khi hoàn thành thu thập thông tin, người bệnh được phân loại tình trạng dinh dưỡng thành 3 mức độ theo PG-SGA:

PG-SGA A (Tình trạng dinh dưỡng tốt/không có nguy cơ SDD): Cân nặng ổn định hoặc tăng cân cách đây không lâu; không giảm khẩu phần ăn hoặc được cải thiện gần đây; không có bất thường về các chức năng, hoạt động trong 1 tháng qua.

PG-SGA B (SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD): Giảm 5% cân nặng trong 1 tháng hoặc 10% trong 6 tháng; giảm tiêu thụ khẩu phần ăn; có sự hiện diện của các triệu chứng tác động đến dinh dưỡng; suy giảm các chức năng ở mức độ vừa phải; mất lớp mỡ dưới da hoặc khối lượng cơ vừa phải.

PG-SGA C (SDD nặng): Giảm >5% cân nặng trong 1 tháng hoặc >10% trong 6 tháng; thiếu nghiêm trọng về lượng khẩu phần ăn; có sự hiện diện của các triệu chứng tác động đến ăn uống; suy giảm các chức năng mức độ nặng hoặc suy giảm đột ngột; có dấu hiệu rõ ràng của SDD (mất lớp mỡ dưới da, teo cơ....)

phần mềm SPSS 26.0. Mối liên quan giữa tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, nghề nghiệp, bệnh lý kèm theo, thời gian mắc bệnh với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn của người bệnh.

Nguyên: Giấy chứng nhận số 1117/GCN-HĐĐĐ ngày 6 tháng 8 năm 2025.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	114	73,5
	Nữ	41	26,5
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	63	40,6
	≥ 60 tuổi	92	59,4
Giai đoạn mắc bệnh ung thư	IV	49	31,6
	III	71	45,8
	II	27	17,4
	I	8	5,2
Phương pháp điều trị	Hoá trị	20	12,9
	Xạ trị	8	5,2
	Phẫu thuật	5	3,2
	Kết hợp	122	78,7
Bệnh mạn tính kèm theo	Có < 3 bệnh	87	56,1
	Có ≥ 3 bệnh	22	14,2
	Không có bệnh kèm theo	46	29,7

Kết quả Bảng 1 cho thấy phần lớn đối tượng ở nhóm tuổi trên 60 chiếm 59,4%. Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (73,5% so với 26,5%). Đa số người bệnh được chẩn đoán bệnh từ giai đoạn II trở lên, đặc biệt

là giai đoạn III chiếm tới 45,8%. Người bệnh được điều trị bằng phương pháp phối hợp chiếm 78,7% và có tới 56,1% người bệnh có tiền sử bệnh lý mạn tính kèm theo.

**Bảng 2.** Đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu (n=155)

Chỉ số	Cân nặng (kg)	Chiều cao (cm)	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
	TB ± SD	TB ± SD	TB ± SD
Nam	52,2 ± 7,6	161,7 ± 6,0	19,9 ± 2,6
Nữ	45,2 ± 6,6	153,8 ± 4,9	19,0 ± 2,2

Theo Bảng 2, chỉ số BMI trung bình của các người bệnh nam tham gia nghiên cứu là 19,9 ± 2,6 và của người bệnh nữ là 19,0 ± 2,2. Chỉ số chiều cao và cân nặng trung bình của nam cao hơn của nữ.

Bảng 3 cho thấy, có 31,6% người bệnh có chỉ số BMI < 18,5 và chỉ có rất ít 3,2% người bệnh thừa cân, béo phì.

Theo Bảng 4, khi phân tích theo cột PG-SGA, trong nhóm người bệnh được xác định suy dinh dưỡng theo PG-SGA (B+C), có 54,5% trường hợp không được phát hiện suy dinh dưỡng theo BMI. Ngược lại, trong nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường theo PG-SGA (A), phần lớn (92,9%) cũng được phân loại không suy dinh dưỡng theo BMI.

**Bảng 3.** Phân loại tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo BMI

TTDD	Nam (n=114)		Nữ (n=41)		Chung (n=155)	
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ
Thiếu năng lượng trường diễn	30	26,3	19	46,3	49	31,6
Bình thường	79	69,3	22	53,7	101	65,2
Thừa cân, béo phì	5	4,4	0	0,0	5	3,2

**Bảng 4.** So sánh phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI và PG-SGA ở người bệnh ung thư đường tiêu hoá (n=155)

	Suy dinh dưỡng (PG-SGA B + C)		Không suy dinh dưỡng (PG-SGA A)		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Suy dinh dưỡng	45	45,5	4	7,1	49	31,6
Không suy dinh dưỡng	54	54,5	52	92,9	106	68,4
Tổng số	99	100,0	56	100,0	155	100,0

**Bảng 5.** Một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu năng lượng trường diễn của người bệnh ung thư đường tiêu hoá (n=155)

Đặc điểm	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Giới tính		0,02		0,03
Nam	1,0		1,0	
Nữ	2,4 (1,15-5,07)		1,7 (1,45-4,26)	
Nhóm tuổi		0,09		0,11
< 60 tuổi	1,0		1,0	
≥ 60 tuổi	1,88 (0,91-3,84)		1,26 (0,63-3,60)	
Trình độ học vấn		0,91		0,97
Dưới THPT	1,0		1,0	
≥ THPT	1,04 (0,53-2,05)		0,95 (0,44-1,98)	
Nghề nghiệp		0,80		0,85
Nhóm công chức, viên chức, hưu trí	1,0		1,0	
Nhóm nông dân, công nhân, nghề tự do	1,1 (0,50-2,45)		0,88 (0,47-2,34)	
Giai đoạn bệnh		0,42		0,57
I-II	1,0		1,0	
III-IV	1,38 (0,63-3,04)		1,13 (0,57-2,96)	
Tiền sử bệnh kèm theo		0,41		0,52
Không	1,0		1,0	
Có	1,39 (0,64-3,06)		1,15 (0,59-2,99)	

Kết quả Bảng 5 phân tích hồi quy logistic cho thấy trong các yếu tố được khảo sát, chỉ có giới tính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa, sau khi hiệu chỉnh các

yếu tố trong mô hình đa biến, nữ giới có khả năng (odd) thiếu năng lượng trường diễn cao hơn gấp 1,7 lần so với nam giới (OR=1,7; 95%CI: 1,45-4,26,  $p<0,05$ ). Các yếu tố còn lại chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Đánh giá TTDD bằng chỉ số khối cơ thể BMI là phương pháp phổ biến thường xuyên được sử dụng trong cộng đồng và trên lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 31,6% người bệnh là thiếu năng lượng trường diễn và chỉ có 3,2% là thừa cân, béo phì; đặc biệt tỷ lệ thiếu NLTD ở nữ giới (46,3%) cao hơn so với nam giới (26,3%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Phạm Thị Tuyết Chinh và cộng sự ghi nhận tỷ lệ SDD ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa là 26,2%, tỷ lệ thừa cân, béo phì là 3,7% và nữ giới có nguy cơ suy dinh dưỡng gấp 2,4 lần so với nam giới ( $p<0,05$ ) [5]. Tỷ lệ thừa cân, béo phì của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả La Văn Phú và cs là 3,3% [8]. Tuy nhiên, tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Hoa và cs (2025) trên 67 người bệnh ung thư đường tiêu hóa đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện E với tỷ lệ SDD là 26,8% và không có thừa cân, béo phì [9]. Theo WHO, BMI  $<18,5$  phản ánh tình trạng suy dinh dưỡng mạn tính, có liên quan chặt chẽ đến tăng nguy cơ nhiễm trùng, kéo dài thời gian nằm viện và giảm khả năng dung nạp điều trị [10]. Arends và cộng sự (2017) cũng chỉ ra rằng, suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư làm tăng nguy cơ biến chứng và tử vong, đồng thời làm giảm hiệu quả hóa trị và xạ trị [11].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, khi đánh giá TTDD bằng PG-SGA, tỷ lệ suy

dinh dưỡng là 63,9%, trong đó SDD mức độ nặng chiếm 18,1%. Tỷ lệ SDD theo PG-SGA trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Hoa và cộng sự năm 2024 với tỷ lệ SDD là 79,1% [9]. Đồng thời cũng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Linh và cs (2023) trên 255 bệnh nhân ung thư điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định với tỷ lệ suy dinh dưỡng là 76,5% [12]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại tương đồng với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc My (2023) trên 153 bệnh nhân ung thư hệ tiêu hóa với tỷ lệ SDD theo PG-SGA là 64,7% [13]. Mặc dù các nghiên cứu đều thực hiện trên nhóm bệnh nhân ung thư, nhưng sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng có thể là do sự khác biệt về tỷ lệ giai đoạn bệnh giữa các nghiên cứu là khác nhau.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự không tương đồng đáng kể giữa hai phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI và PG-SGA. Trong nhóm người bệnh được xác định suy dinh dưỡng theo PG-SGA (PG-SGA B và PG-SGA C), có tới 54,5% trường hợp không được phát hiện suy dinh dưỡng theo BMI, trong khi ở nhóm không suy dinh dưỡng theo PG-SGA (PG-SGA A), 92,9% trường hợp cũng được phân loại không suy dinh dưỡng theo BMI. Điều này cho thấy mức độ trùng hợp cao ở nhóm không suy dinh dưỡng, nhưng khả năng phát hiện suy dinh dưỡng của BMI còn hạn chế. Sở dĩ có sự khác biệt này là do bộ công cụ PG-SGA đánh giá nhiều khía cạnh dinh dưỡng và đánh giá toàn diện hơn

là một chỉ số BMI chỉ phản ánh tình trạng khối cơ thể tại một thời điểm và không đánh giá được các yếu tố quan trọng như sụt cân gần đây, giảm khẩu phần ăn, triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống và tình trạng chuyên hoá. Vì vậy khi một người được đánh giá TTDD theo BMI là bình thường nhưng khi đánh giá theo PG-SGA thì có thể là SDD.

Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy giới tính là yếu tố duy nhất có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng thiếu NLTD ở người bệnh ung thư đường tiêu hoá, trong khi các yếu tố khác như tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và giai đoạn bệnh, tiền sử mắc bệnh kèm theo chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy, nữ giới tăng giá trị odd đối với thiếu NLTD cao gấp 1,7 lần so với nam giới (OR = 1,7; 95%CI: 1,45-4,26;  $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Phạm Thị Tuyết Chinh và cộng sự (2017) ghi nhận tỷ lệ SDD ở bệnh nhân nữ ung thư đường tiêu hóa là 35,7%, và tỷ lệ này ở nam giới là 19,1, nữ giới có nguy cơ suy dinh dưỡng gấp 2,4 lần so với nam giới ( $p < 0,05$ ) [5]. Sự khác biệt này có thể giải thích do nữ giới có do khối lượng cơ thấp hơn, dự trữ năng lượng hạn chế và ảnh hưởng tâm lý trong quá trình điều trị.

Tỷ lệ thiếu NLTD ở nhóm  $\geq 60$  tuổi (37,0%) cao hơn so với nhóm  $< 60$  tuổi (23,8%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này cho thấy tuổi cao có xu hướng liên quan

đến thiếu NLTD nhưng chưa đủ mạnh để khẳng định mối liên quan độc lập trong nghiên cứu này. Tỷ lệ thiếu NLTD ở nhóm trình độ dưới THPT (31,2%) và  $\geq$ THPT (32,1%) gần tương đương nhau, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Điều này cho thấy trình độ học vấn không phải là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến tình trạng thiếu NLTD trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ thiếu NLTD ở giai đoạn I–II (37,1%) cao hơn so với giai đoạn III–IV (30,0%), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này có thể liên quan đến can thiệp dinh dưỡng tích cực hơn ở nhóm bệnh nhân giai đoạn muộn, hoặc sự khác biệt về phân bố mẫu. Một số nghiên cứu khác cho thấy suy dinh dưỡng thường gặp hơn ở giai đoạn tiến triển, tuy nhiên kết quả không đồng nhất giữa các nghiên cứu, phụ thuộc vào phương pháp đánh giá và đặc điểm mẫu [14]. Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Diệu Thu và cộng sự (2025), khi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa tuổi, trình độ học vấn, có bệnh mạn tính và tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư [15].

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy giới tính là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng thiếu năng lượng trường diễn theo BMI ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa. Các yếu tố khác chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa, có thể do cỡ mẫu, đặc điểm phân bố và phương pháp đánh giá.

## V. KẾT LUẬN

Thiếu năng lượng trường diễn thường gặp (31,6%) ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa tại Trung tâm Ung bướu, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, cao hơn thừa cân-béo phì (3,2%). Theo phân loại PG-SGA: Tỷ lệ suy dinh dưỡng mức độ

nhẹ đến vừa (PG-SGA B) và suy dinh dưỡng mức độ nặng (PG-SGA C) lần lượt là 45,8% và 18,1%.

Giới tính là yếu tố liên quan độc lập với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn theo BMI. Nữ giới có khả năng suy

dinh dưỡng cao hơn nam giới 1,7 lần (OR=1,7; 95%CI: 1,45-4,26; p<0,05). Không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi,

ngành nghiệp, trình độ học vấn, giai đoạn bệnh, bệnh lý kèm theo với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn.

## Tài liệu tham khảo

1. Globocan 2022, truy cập ngày 14/07/2025. Có ở: <https://gco.iarc.fr/today/en>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68:394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
3. Hosseini SM, Salari N, Darvishi N, et al. Prevalence of severe malnutrition in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health, Population and Nutrition.* 2025;44(1):252. doi: 10.1186/s41043-025-01006-x
4. Lê Thị Ngọc Ánh, Tô Gia Kiên. Thực trạng khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư đại trực tràng đang điều trị hoá trị so với nhu cầu khuyến nghị. *Tạp chí y học cộng đồng.* 2025; 66(7):302-307. doi: 10.52163/yhc.v66iCD7.2431.
5. Phạm Thị Tuyết Chinh, Lê Thị Hương và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hoá điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm.* 2017;13(4):58 – 64. Có ở: <https://tapchidinhduongthucpham.org.vn/index.php/jfns/article/view/487>.
6. Nguyễn Duy Đông, Nguyễn Thị Thuý An. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư ống tiêu hoá theo tiêu chuẩn GLIM tại bệnh viện Quân Y 103. *Tạp chí Y dược học quân sự.* 2025;2:72-81. doi: 10.56535/jmpm.v50i2.1043.
7. Nguyễn Thị Thuý Lương, Nguyễn Thị Thanh Hoà, Lê Thị Hương. 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):185-91. doi: 10.52852/tcncyh.v146i10.318.
8. 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.* 2024;538(1):197-201. doi: 10.51298/vmj.v538i1.9401.
9. 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 hóa chất tại bệnh viện E năm 2024. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2025;21(1):91-7. doi: 10.56283/1859-0381/868.
10. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry, report of a WHO expert committee. WHO Technical Report Series 854, Geneva. 1995. Có ở: <https://www.who.int/publications/i/item/9241208546>
11. 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.
12. Nguyễn Thị Lĩnh, Đinh Thị Thu Huyền. Thực trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.* 2023;06(4):61-7. doi: 10.54436/jns.2023.04.643.
13. Huỳnh Thị Ngọc My, Nguyễn Châu Yến Nhi. Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư hệ tiêu hoá tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ.* 2023;69:237-43. doi: 10.58490/ctump.2023i69.2067.
14. Maurizio Muscaritoli, Jann Arends, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition.* 2021;40:2898-913. doi: 10.1016/j.clnu.2021.02.005.
15. Lê Thị Diệu Thu, Hoàng Việt Bách, Nguyễn Hà Thu và cộng sự. 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. *Tạp chí Y học cộng đồng.* 2025;66(5):171-6. doi:10.52163/yhc.v66i5.3113.