

Nghiên cứu gốc

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN K 2025-2026

Tổng Thu Hà^{1,✉}, Lê Thị Hương¹, Nguyễn Hà Thu¹, Vũ Thị Quý¹, Nguyễn Thị Thu Liễu¹, Nguyễn Minh Ngọc, Dương Thị Thu Hiền¹, Hoàng Việt Bách²

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện K, Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan trước phẫu thuật tại bệnh viện K năm 2025-2026.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 120 người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan có chỉ định phẫu thuật cắt gan. Tình trạng dinh dưỡng đánh giá qua phân loại PG-SGA, chỉ số nhân trắc (BMI, chu vi vòng eo, tỷ số eo/hông, chu vi vòng bắp chân, chu vi vòng cánh tay, khối lượng cơ, phần trăm mỡ cơ thể, chỉ số mỡ nội tạng, cơ lực) và xét nghiệm albumin, hemoglobin máu.

Kết quả: Tỷ lệ phân bố mỡ vùng trung tâm mức vừa và cao lần lượt là 36,7% và 23,3%; chỉ số eo/hông > 0,85 chiếm 81,7%. Có 53,3% đối tượng có nguy cơ thiếu cơ, 35% có lực cơ yếu. Có 13,3% thiếu năng lượng trường điển. Đánh giá theo PG-SGA cho thấy 31,7% có nguy cơ suy dinh dưỡng PG-SGA B, 5,0% suy dinh dưỡng nặng PG-SGA C.

Kết luận: Ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan trước phẫu thuật, tỷ lệ có nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA và các nguy cơ thiếu cơ, lực cơ yếu còn cao. Cần đánh giá tình trạng dinh dưỡng toàn diện cho người bệnh này trước phẫu thuật để can thiệp kịp thời nhằm đảm bảo thể trạng trước phẫu thuật gan và hạn chế biến chứng sau phẫu thuật.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, ung thư biểu mô tế bào gan, PG-SGA, trước phẫu thuật, Bệnh viện K.

NUTRITIONAL STATUS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS BEFORE SURGERY AT CANCER HOSPITAL IN 2025-2026

ABSTRACT

Aims: To evaluate the nutritional status of patients with hepatocellular carcinoma (HCC) prior to surgery at Cancer Hospital during 2025–2026.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 120 HCC patients indicated for hepatic resection. Nutritional status was assessed using the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), anthropometric measures (body mass index [BMI], waist circumference, waist-to-hip ratio, calf circumference, mid-upper arm circumference, muscle mass, body fat percentage, visceral fat index, and muscle strength), and biochemical parameters (serum albumin and hemoglobin).

✉ Tác giả liên hệ: Tổng Thu Hà
Email: tongha99@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/1046.

Nhận bài: 28/4/2026 Chính sửa: 19/5/2026
Chấp nhận đăng: 1/6/2026
Công bố online: 2/6/2026

Results: The prevalence of moderate and high central adiposity was 36.7% and 23.3%, respectively; 81.7% of the patients had a waist-to-hip ratio > 0.85. Sarcopenia risk was observed in 53.3% of the patients, and 35% had reduced muscle strength. Of the total patient, 13.3% were classified as having chronic energy deficiency and 31.7% were at risk of malnutrition (PG-SGA B), and 5.0% were severely malnourished (PG-SGA C).

Conclusion: A considerable proportion of HCC patients were at risk of malnutrition, along with high rates of sarcopenia risk and reduced muscle strength. Comprehensive nutritional assessment is essential in the preoperative period to enable timely interventions, optimize patients' condition before hepatic surgery, and reduce postoperative complications.

Keywords: Nutritional status, hepatocellular carcinoma, PG-SGA, preoperative, K Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan (HCC) là loại ung thư được chẩn đoán phổ biến thứ sáu và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ ba trên toàn thế giới vào năm 2022, với khoảng 865.000 ca mới và 758.000 ca tử vong hàng năm. Tại Việt Nam, đây loại ung thư phổ biến đứng thứ hai về tỷ lệ mắc mới và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư [1].

Theo hội chuyển hóa và dinh dưỡng lâm sàng châu Âu (ESPEN), bệnh nhân ung thư là đối tượng dễ bị suy dinh dưỡng (SDD) [2]. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư gan theo nghiên cứu của Van Dijk AM và cộng sự (2022) là 21% [3], nghiên cứu của Trần Thị Lê Thu và cộng sự (2026) lên tới 63,5% [4]. Những bệnh nhân ung thư gan thường phát triển trên nền xơ gan kéo dài và do đó họ có thể bị suy dinh dưỡng nặng [5]. Đồng thời những biến chứng xảy ra trên những bệnh nhân mắc bệnh gan trước đó hoặc có nhiều bệnh lý nền có thể khiến việc đánh giá dinh dưỡng trở nên rất phức tạp. Sự giảm tổng hợp protein của tế bào gan như albumin, sự xuất hiện của các biến chứng như cổ trướng, phù nề và bệnh não gan

làm hạn chế khả năng của các phương pháp đánh giá dinh dưỡng truyền thống bằng albumin, cân nặng, chỉ số khối cơ thể, thậm chí là điện trở sinh học, sức mạnh nắm tay hay bài kiểm tra đi bộ sáu phút [5, 6, 7].

Suy dinh dưỡng ở nhóm đối tượng ung thư gan gây giảm các chức năng miễn dịch, hoạt động, chức năng cơ, giảm chất lượng cuộc sống, giảm hiệu quả điều trị và khả năng sống sót [8]. Do đó, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng nhằm cung cấp số liệu cập nhật về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân, để sàng lọc, ngăn ngừa, theo dõi cũng như làm cơ sở xây dựng các chương trình giáo dục sức khỏe và đề xuất một số biện pháp can thiệp, hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh là vô cùng cần thiết. Tuy nhiên, hiện nay các nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh HCC trước phẫu thuật tại Việt Nam hiện còn chưa nhiều. Vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan trước phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2025-2026.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 7 năm 2025 đến tháng 6 năm 2026, đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan trước phẫu thuật tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 20 tuổi; Có đầy đủ hồ sơ bệnh án; Được chẩn đoán là ung thư biểu mô tế bào gan theo hướng dẫn chẩn đoán của Bộ y tế [9];

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Áp dụng công thức cỡ mẫu ước tính cho một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu cần có; α là mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$, khi đó $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d (sai số tuyệt đối) là mức sai số chấp nhận, lấy $d = 0,075$; p là tỷ lệ suy

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu được thực hiện qua 3 bước. Bước 1: Lựa chọn các người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Bước 2: Thu thập thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp), đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA, đo các chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu: chỉ số khối cơ thể (BMI), chu vi vòng eo, chỉ số eo hông, chu vi vòng bắp chân, chu vi vòng cánh tay, bề dày lớp mỡ dưới da, khối lượng cơ, phần trăm mỡ cơ thể, chỉ số mỡ nội tạng và cơ lực (lực bóp tay) theo quy trình chuẩn. Chu vi vòng eo được đo bằng thước dây không co giãn tại điểm giữa bờ dưới xương sườn cuối cùng và đỉnh mào chậu khi đối tượng đứng thẳng, thở bình thường. Chỉ số eo/hông được tính bằng tỷ số giữa chu vi vòng eo và chu vi vòng hông; chu vi vòng hông được đo tại vị trí lớn nhất của mông

Đồng ý tham gia nghiên cứu. *Tiêu chuẩn loại trừ:* Người bệnh đã đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn nhưng sẽ bị loại khỏi nghiên cứu khi có ≥ 1 tiêu chuẩn sau đây: Đồng mắc bất kỳ ung thư nào khác; Không có triệu chứng phù, cổ trướng kèm theo; Sức khỏe quá kém không thể được để đo các chỉ số nhân trắc; Bị rối loạn tâm thần hoặc sa sút trí tuệ.

dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư gan nguyên phát, lấy $p = 21\%$ [10]. Vậy tính được cỡ mẫu là: $n=114$ đối tượng. Chọn mẫu thuận tiện tất cả người bệnh được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan và có chỉ định phẫu thuật đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thực tế nghiên cứu trên 120 người bệnh đủ tiêu chuẩn.

bằng thước dây không co giãn. Chu vi vòng bắp chân được đo tại vị trí lớn nhất của bắp chân ở cả hai bên khi đối tượng đứng thẳng, lấy giá trị lớn hơn. Chu vi vòng cánh tay được đo bằng thước dây không co giãn tại điểm giữa móm cùng vai và móm khuỷu tay của cánh tay không thuận. BMI được tính theo công thức: cân nặng (kg)/chiều cao² (m²). Chiều cao được đo bằng thước đo chiều cao đứng SECA và cân nặng được đo bằng cân phân tích thành phần cơ thể TANITA BC-54. Các chỉ số thành phần cơ thể gồm khối lượng cơ, phần trăm mỡ cơ thể và chỉ số mỡ nội tạng được đo bằng cân TANITA BC-54 theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Cơ lực dụng máy đo lực bóp tay CAMRY EH101; đối tượng ở tư thế ngồi hoặc đứng thoải mái, tay thuận cầm máy đo và thực hiện bóp tối đa, ghi nhận giá trị cao nhất sau hai lần đo. Bước 3: Ghi nhận kết quả

xét nghiệm protein, albumin, huyết sắc tố dựa vào hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp.

Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo khuyến nghị của WHO (2000) dựa trên chỉ số BMI gồm: thiếu năng lượng trường diễn khi BMI < 18,5; bình thường khi BMI từ 18,5–22,9; thừa cân khi BMI từ 23–24,9; và béo phì khi BMI ≥ 25. Các chỉ số nhân trắc học khác được đánh giá gồm chu vi vòng eo với 3 mức: bình thường khi < 80 cm, tăng vừa khi từ 80–87,9 cm và tăng cao khi ≥ 88 cm; chỉ số eo/hông với ngưỡng ≤ 0,85 là bình thường và > 0,85 là cao, chu vi vòng bắp tay được phân loại thiếu cơ khi ≤ 22 cm ở nữ và ≤ 23 cm ở nam. Chu vi vòng bắp chân theo khuyến nghị của Hiệp hội Sarcopenia châu Á năm 2019 (AWGS 2019) được xác định là giảm khối cơ khi < 34 cm với nam và < 33 cm với nữ; Khối

lượng cơ xương (SMI), được xác định là thiếu cơ khi < 7,0 kg/m² ở nam và < 5,7 kg/m² ở nữ; cơ lực tay bóp yếu khi < 28 kg ở nam và < 18 kg ở nữ. Phần trăm mỡ cơ thể được phân loại theo giới khuyến cáo của American Council on Exercise (ACE): ở nam, bình thường < 21%, thừa mỡ từ 21–25% và béo phì > 25%; ở nữ, bình thường 21–31%, thừa mỡ 32–38% và béo phì ≥ 39%. Chỉ số mỡ nội tạng bình thường khi < 10 và tăng cao khi ≥ 10. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng các chỉ tiêu sinh hóa gồm albumin huyết thanh và hemoglobin. Albumin huyết thanh ≥ 35 g/L được xem là bình thường; < 35 g/L là suy dinh dưỡng mức độ vừa và < 25 g/L là suy dinh dưỡng nặng. Thiếu máu được xác định khi hemoglobin < 130 g/L đối với nam và < 120 g/L đối với nữ [2].

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20. Thống kê mô tả được trình bày dưới dạng giá trị trung bình, lớn nhất và nhỏ nhất đối với các biến định lượng (tuổi, thời gian phát hiện bệnh, protein, albumin, hemoglobin,

BMI, tổng điểm PG-SGA) và dưới dạng tỷ lệ phần trăm đối với các biến định tính (đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và các phân nhóm chỉ số như albumin, hemoglobin, BMI, PG-SGA).

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện nhằm nâng cao chất lượng điều trị và đã được thông qua bởi Hội đồng xét duyệt đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 339/QĐ-YHDP & YTCC, đồng thời nhận được sự chấp thuận của

Khoa Gan Mật, Bệnh viện K Tân Triều. Người bệnh và gia đình được giải thích đầy đủ về mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia và có quyền từ chối hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

III. KẾT QUẢ

Theo Bảng 1, nghiên cứu trên 120 người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan, đa số ở độ tuổi 40–59 tuổi (50,8%), tuổi trung bình là 55,4 ± 11,8. Giới tính nam chiếm ưu thế với 78,3%. Người bệnh mắc HCC trong nghiên cứu chủ yếu được phát

hiện sớm (dưới 12 tuần), triệu chứng chính gặp phải là chán ăn không ngon miệng với 24,2%. Bệnh lý đi kèm thường gặp nhất là viêm gan B (70%). Phương pháp điều trị trước phẫu thuật chủ yếu là nút mạch (13,3%). Tình trạng sụt cân

trong 1 tháng gần đây rất thường gặp, có 42,5% bệnh nhân bị sụt cân, bao gồm 35,0% giảm dưới 5% cân nặng và 7,5% giảm từ 5% trở lên.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=120)

| Đặc điểm | Tần số (%) | Đặc điểm | Tần số (%) |
|---------------------------------------|------------|----------------------------------|------------|
| Tuổi | | Sụt cân trong vòng 1 tháng | |
| 20 – 39 tuổi | 9 (7,5) | Không, tăng cân | 69 (57,5) |
| 40 – 59 tuổi | 61 (50,8) | Giảm < 5% cân nặng | 42 (35,0) |
| ≥ 60 tuổi | 50 (41,7) | Giảm ≥ 5% cân nặng | 9 (7,5) |
| Giới tính | | Các triệu chứng trong 2 tuần qua | |
| Nam | 94 (78,3) | Chán ăn, ăn không ngon | 29 (24,2) |
| Nữ | 26 (21,7) | Không có | 91 (75,8) |
| Thời gian phát hiện bệnh | | Tình trạng bệnh lý đi kèm | |
| < 12 tuần | 99 (82,5) | Tăng huyết áp | 33 (27,5) |
| > 12 tuần | 21 (17,5) | Đái tháo đường | 17 (14,2) |
| Phương pháp điều trị trước phẫu thuật | | Viêm gan B | 84 (70,0) |
| Nút mạch | 16 (13,3) | Viêm gan C | 5 (4,1) |
| Điều trị toàn thân | 2 (1,7) | Khác | 11 (9,2) |
| Hóa chất | 0 (0) | | |

Theo Bảng 2, các chỉ số nhân trắc và sinh hóa ở người bệnh HCC nhìn chung ở mức bình thường. Tuy nhiên khối lượng cơ và chu vi cơ (cánh tay, bắp chân) có xu

hướng giảm, đặc biệt ở nữ. Tỷ lệ mỡ cơ thể ở nữ cao hơn nam, trong khi mỡ nội tạng ở mức trung bình.

Bảng 2. So sánh số đặc điểm nhân trắc, sinh hóa của đối tượng nghiên cứu (n=120)

| Đặc điểm | Nam | Nữ | Chung | Min | Max |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|------|------|
| | X ± SD | X ± SD | X ± SD | | |
| Chu vi vòng eo (cm) | 81,6 ± 8,5 | 83,2 ± 10,4 | 81,9 ± 8,8 | 62,0 | 105 |
| Chu vi vòng hông (cm) | 90,4 ± 6,2 | 92,3 ± 7,0 | 90,8 ± 6,3 | 70,0 | 114 |
| Chỉ số eo/hông | 0,9 ± 0,1 | 0,9 ± 0,08 | 0,9 ± 0,06 | 0,75 | 1,08 |
| Chu vi bắp chân (cm) | 33,2 ± 2,9 | 32,6 ± 3,4 | 33,0 ± 3,0 | 24,0 | 42 |
| Chu vi cánh tay (cm) | 28,2 ± 2,9 | 27,7 ± 3,1 | 28,1 ± 2,9 | 19,0 | 37 |
| Khối lượng cơ (kg) | 47,9 ± 6,6 | 36,3 ± 6,1 | 45,4 ± 8,0 | 29,0 | 69,4 |
| Bề dày lớp mỡ dưới da | 1,6 ± 0,6 | 1,8 ± 0,6 | 1,6 ± 0,6 | 0,5 | 3,5 |
| Phần trăm mỡ cơ thể (%) | 14,7 ± 6,2 | 28,6 ± 10,6 | 17,6 ± 9,2 | 1,0 | 16,5 |
| Chỉ số mỡ nội tạng | 7,4 ± 4,3 | 5,8 ± 3,0 | 7,0 ± 4,0 | 1,0 | 16,5 |
| BMI (kg/m ²) | 21,8 ± 2,8 | 22,3 ± 3,9 | 21,9 ± 3,05 | 15,6 | 33,4 |
| Đo cơ lực tay (kg) | 31,0 ± 7,8 | 21,8 ± 6,9 | 29,01 ± 8,49 | 10,0 | 51,8 |
| Albumin | 39,0 ± 4,7 | 39,7 ± 4,8 | 39,2 ± 4,7 | 26,7 | 48,1 |
| Hemoglobin | 146,0 ± 15,8 | 132,5 ± 14,8 | 143,1 ± 16,4 | 100 | 190 |

Bảng 3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu (n=120)

| Các chỉ tiêu phân loại tình trạng dinh dưỡng | Chung | PG-SGA A | PG-SGA B | PG-SGA C | p |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| Chu vi vòng eo | | | | | |
| Bình thường | 48 (40,0) | 29 (38,2) | 18 (47,4) | 1 (16,7) | 0,638* |
| Phân bố mỡ vùng trung tâm vừa | 44 (36,7) | 28 (36,8) | 13 (34,2) | 3 (50,0) | |
| Phân bố mỡ vùng trung tâm cao | 28 (23,3) | 19 (25,0) | 7 (18,4) | 2 (33,3) | |
| Chỉ số eo hông | | | | | |
| Bình thường | 22 (18,3) | 14 (18,4) | 8 (21,1) | 0 (0) | 0,715* |
| Cao | 98 (81,7) | 62 (81,6) | 30 (78,9) | 6 (100) | |
| Chu vi bắp chân | | | | | |
| Bình thường | 56 (46,7) | 23 (53,9) | 15 (39,5) | 0 (0,0) | 0,022* |
| Có nguy cơ thiếu cơ | 64 (53,3) | 35 (46,1) | 23 (60,5) | 6 (100) | |
| Chỉ số khối cơ thể | | | | | |
| Thiếu năng lượng trường diễn | 16 (13,3) | 6 (7,8) | 9 (23,7) | 1 (16,7) | 0,906* |
| Bình thường | 65 (54,2) | 43 (56,6) | 17 (44,7) | 5 (83,3) | |
| Thừa cân | 23 (19,2) | 17 (22,4) | 6 (15,8) | 0 (0) | |
| Béo phì | 16 (13,3) | 10 (13,2) | 6 (15,8) | 0 (0) | |
| Phân trăm mỡ cơ thể | | | | | |
| Bình thường | 105(87,5) | 66 (86,8) | 35 (92,1) | 4 (66,7) | 0,032* |
| Thừa cân | 8 (6,7) | 3 (3,9) | 3 (7,9) | 2 (23,3) | |
| Béo phì | 7 (5,8) | 7 (9,2) | 0 (0) | 0 (0) | |
| Chỉ số mỡ nội tạng | | | | | |
| Bình thường | 84 (70,0) | 52 (68,4) | 26 (68,4) | 6 (100) | 0,669* |
| Cao | 31 (25,8) | 21 (27,6) | 10 (26,3) | 0 (0) | |
| Rất cao | 5 (4,2) | 3 (3,9) | 2 (5,3) | 0 (0) | |
| Cơ lực | | | | | |
| Bình thường | 78 (65,0) | 52 (68,4) | 25 (65,8) | 1 (16,7) | 0,609* |
| Yếu | 42 (35,0) | 24 (31,6) | 13 (34,2) | 5 (83,3) | |
| Nồng độ albumin huyết thanh | | | | | |
| Bình thường | 90 (75,0) | 60 (78,9) | 28 (73,7) | 2 (33,3) | 0,09 |
| SDD nhẹ và vừa | 29 (24,2) | 15 (19,7) | 10 (26,3) | 4 (66,7) | |
| SDD nặng | 1 (0,8) | 1 (1,3) | 0 (0) | 0 (0) | |
| Nồng độ Hemoglobin | | | | | |
| Có thiếu máu | 18 (15,0) | 10 (13,2) | 6 (15,8) | 2 (33,3) | 0,314* |
| Không có thiếu máu | 102 (85) | 66 (86,8) | 32 (84,2) | 24 (66,7) | |

* Fisher's exact test

Theo Bảng 3, đối tượng nghiên cứu có đặc điểm phân bố mỡ vùng trung tâm mức độ vừa chiếm 36,7% và mức độ cao chiếm 23,3%. Chỉ số mỡ nội tạng cao chiếm (25,8%). Có tới 40% đối tượng có nguy cơ thiếu cơ, 35% đối tượng có lực

cơ yếu. Theo BMI có 13,3% đối tượng thiếu năng lượng trường diễn. Tỷ lệ có nguy cơ thiếu cơ tăng dần theo mức độ

suy dinh dưỡng: nhóm A (46,1%), nhóm B (60,5%) và nhóm C (100%).

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA của đối tượng nghiên cứu (n=120)

| Mức độ | Số lượng | Nam | Nữ | p |
|----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| PG-SGA A | 76 (63,3) | 64 (68,1) | 12 (46,2) | |
| PG-SGA B | 38 (31,7) | 27 (28,7) | 11 (42,3) | 0,053 |
| PG-SGA C | 6 (5,0) | 3 (3,2) | 3 (11,5) | |

Theo Bảng 4, nhóm có nguy cơ SDD (PG-SGA B) chiếm 31,7% và nhóm SDD nặng (PG-SGA C) chỉ chiếm 5,0%. Nam giới có tỷ lệ dinh dưỡng tốt cao hơn nữ

(68,1% so với 46,2%), trong khi nữ có xu hướng có tỷ lệ nguy cơ SDD và SDD nặng cao hơn (p = 0,053).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 120 người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan, đa số ở độ tuổi 40–59 tuổi (50,8%), tuổi trung bình là $55,4 \pm 11,8$. Giới tính nam chiếm ưu thế với 78,8%. Kết quả phù hợp với dịch tễ học ung thư gan tại Việt Nam khi nam giới có tỷ lệ mắc cao gấp 3-4 lần so với nữ giới. Kết quả nghiên cứu khá tương đồng khi nam giới chiếm đa số trong nghiên cứu của Trần Thị Lệ Thu và cộng sự (2025) với 88,9% [4], hay trong nghiên cứu của Lê Hoài Thương và cộng sự (2021) tỷ lệ nam/nữ là 8/1 [11]. Nguyên nhân chủ yếu do nam giới thường lạm dụng rượu bia, hút thuốc lá và có tỷ lệ nhiễm viêm gan B mãn tính cao trong độ tuổi từ 40-50. Trong nghiên cứu này tỷ lệ nhiễm viêm gan B lên tới 70%, của Lê Hoài Thương tỷ lệ này là 73% [11], kết quả phù hợp với dịch tễ ung thư gan có liên quan đến viêm gan B tại Việt Nam.

Người bệnh mắc HCC trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu được phát hiện sớm (dưới 12 tuần). Triệu chứng chính là chán ăn và sụt cân, với 42,5% có tình trạng sụt cân trong 1 tháng gần đây trong đó 35,0% giảm dưới 5% cân nặng và 7,5% giảm từ 5% trở lên. Đây là một biểu

hiện thường gặp ở người bệnh ung thư và được xem là dấu hiệu quan trọng phản ánh tình trạng SDD, đặc biệt ở người bệnh HCC. Nhu cầu chuyển hóa cao và chức năng gan bị suy giảm ở bệnh nhân ung thư gan góp phần làm tăng nguy cơ SDD, từ đó làm suy yếu chức năng miễn dịch. Ngoài ra, phẫu thuật cắt bỏ gan là một thủ thuật phức tạp, đòi hỏi nhu cầu dinh dưỡng cao. SDD từ trước làm suy giảm khả năng lành vết thương sau phẫu thuật và làm tăng nguy cơ nhiễm trùng [12]. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng nghiên cứu của Trần Thị Lệ Thu [4] khi có 10,6% bệnh nhân HCC giảm $\geq 5\%$ cân nặng. Điều này cho thấy đây là vấn đề phổ biến của bệnh nhân HCC tại các khoa ung bướu. Các kết quả cho thấy việc sàng lọc SDD ở người bệnh HCC là vô cùng cần thiết để đưa ra chiến lược chăm sóc dinh dưỡng và điều trị phù hợp.

BMI là chỉ số đánh giá tình trạng dinh dưỡng tại thời điểm nhập viện, theo BMI có 13,3% đối tượng thiếu năng lượng trường diễn (BMI<18,5). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Lệ Thu [4] với tỷ lệ 14,1%; Nghiên cứu của Phạm Thị Kiều Chinh cho thấy tỷ lệ người bệnh

thiếu năng lượng trường diễn cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi với 77,9% [13]. Có sự khác biệt này chủ yếu do khác nhau về đặc điểm đối tượng, giai đoạn bệnh, thời điểm đánh giá và điều kiện chăm sóc sức khỏe tại các trung tâm ung bướu. Tuy nhiên BMI có độ nhạy hạn chế, không phản ánh được thay đổi ngắn hạn cũng như sự mất khối cơ - tình trạng thường gặp sớm ở người bệnh ung thư. Vì vậy cần đánh giá BMI phối hợp thêm bằng các chỉ số khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tình trạng rối loạn phân bố mỡ vùng trung tâm khá cao, trong đó mức độ vừa chiếm 36,7% và mức độ cao chiếm 23,3%. Chỉ số mỡ nội tạng cao chiếm ưu thế (81,7%). Về phần trăm mỡ cơ thể, nhóm suy dinh dưỡng nặng (PG-SGA C) có tỷ lệ thừa mỡ cao bất thường (33,3%) so với nhóm A (3,9%) và nhóm B (7,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu phù hợp với đặc điểm và diễn biến sinh lý bệnh do tình trạng mỡ nội tạng tăng cao. Nghiên cứu trước đây đã nhấn mạnh mối liên quan chặt chẽ giữa hàm lượng mỡ trong gan với cả độ nhạy insulin tại gan và khả năng insulin ức chế sản xuất glucose tại gan, dẫn đến các biến chứng liên quan trực tiếp đến gan (bao gồm xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan) [14]. Bên cạnh đó, tỷ lệ nguy cơ thiếu cơ (40%) và lực cơ yếu (35%) trong nghiên cứu khá cao. Trong đó tỷ lệ có nguy cơ thiếu cơ (chu vi bắp chân < 33 cm) tăng dần theo mức độ suy dinh dưỡng: nhóm PG-SGA A (46,1%), nhóm PG-SGA B (60,5%) và nhóm PG-SGA C (100%), phản ánh tình trạng suy giảm khối lượng và chức năng cơ. Nguyên nhân chính do chức năng gan suy giảm sẽ dẫn đến tăng dị hóa và giảm tổng hợp protein, gây mất khối cơ.

Tình trạng SDD theo nồng độ Albumin trong nghiên cứu của chúng tôi

là 25%. Tình trạng này tương đồng so với nghiên cứu của Trần Thị Lệ Thu [4] nồng độ albumin huyết thanh trước phẫu thuật là 23,5%. Kết quả nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung (2023) trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa (9,3%) [15]. Kết quả có thể được giải thích bởi đặc điểm đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh HCC, thường mắc các bệnh lý viêm gan mạn tính nặng, phá hủy các tế bào gan, chức năng gan suy giảm dẫn đến giảm khả năng tổng hợp albumin. Rối loạn chuyển hóa và phân bố protein, kết hợp với tình trạng ăn uống kém, sụt cân và cung cấp protein không đầy đủ trong giai đoạn tiền phẫu, góp phần làm giảm nồng độ albumin huyết thanh.

Đánh giá dinh dưỡng qua PG-SGA, đây là công cụ đánh giá dinh dưỡng toàn diện, bao gồm tiền sử sụt cân, mức độ giảm ăn, các triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống và thăm khám lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn đối tượng nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng tốt (PG-SGA A), chiếm 63,3%, PG-SGA B chiếm 31,7% và nhóm SDD nặng (PG-SGA C) chỉ chiếm 5,0%. Nghiên cứu của Trần Thị Lệ Thu [4] kết quả cao hơn ở bệnh nhân ung thư gan với 63,5% người bệnh có nguy cơ SDD trước phẫu thuật, trong đó PG-SGA B chiếm 50,6% và PG-SGA C chiếm 12,9%. Nghiên cứu của Phạm Thị Kiều Chinh tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD theo SGA là 100% bệnh nhân [13]. Từ kết quả theo PG-SGA ở nhóm ung thư gan tại Việt Nam, chúng tôi thấy rằng nếu chỉ đánh giá qua BMI thì sẽ bỏ sót một tỷ lệ lớn trường hợp bệnh nhân có BMI bình thường nhưng khi phân loại theo PG-SGA lại có nguy cơ SDD. Vì vậy khuyến nghị đánh giá kết hợp các chỉ số để đánh giá nguy cơ SDD ở bệnh nhân HCC.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ có nguy cơ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân HCC theo PG-SGA (36,7%) và các nguy cơ thiếu cơ, lực cơ yếu còn cao. Cần đánh giá tình trạng dinh dưỡng toàn diện cho người bệnh HCC trong giai

đoạn trước phẫu thuật để can thiệp kịp thời nhằm đảm bảo thể trạng trước phẫu thuật gan và hạn chế biến chứng sau phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-63. doi:10.3322/caac.21834IF.
2. Arends J, Baracos V, Bertz H, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2017;36(5):1187-96. doi:10.1016/j.clnu.2017.06.017
3. Van Dijk AM, Bakens MJ, van den Broek MA, et al. Nutritional status in patients with hepatocellular carcinoma: Potential relevance for clinical outcome. *Eur J Intern Med.* 2022;104:80-8. doi:10.1016/j.ejim.2022.07.002
4. Trần Thị Lệ Thu, Nguyễn Thị Liên Hà, Nguyễn Minh Trọng, cs. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương năm 2024-2025. *Tạp chí Nghiên cứu học.* 2026;200(3):538-47. doi:10.52852/tcncyh.v200i3.4821
5. Ruiz-Margáin A, Macías-Rodríguez RU, Duarte-Rojo A, et al. Nutritional therapy for hepatocellular carcinoma. *World J Gastrointest Oncol.* 2021;13(10):1440-52. doi:10.4251/wjgo.v13.i10.1440
6. Duarte-Rojo A, Ruiz-Margáin A, Montañón-Loza AJ, et al. Exercise and physical activity for patients with end-stage liver disease: Improving functional status and sarcopenia while on the transplant waiting list. *Liver Transplant.* 2018;24(1):122-39. doi:10.1002/lt.24958
7. Ruiz-Margáin A, Macías-Rodríguez RU, Duarte-Rojo A, et al. Malnutrition assessed through phase angle and its relation to prognosis in patients with compensated liver cirrhosis: a prospective cohort study. *Dig Liver Dis.* 2015;47(4):309. doi:10.1016/j.dld.2014.12.015
8. Bartlett S, Yiu TH, Valaydon Z, et al. Nutritional assessment of patients with liver cirrhosis in the outpatient setting: A narrative review. *Nutrition.* 2025;132:112675. doi:10.1016/j.nut.2024.112675
9. Bộ Y tế. Quyết định số 3129/QĐ-BYT: Ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.
10. Am van D, et al. Nutritional status in patients with hepatocellular carcinoma: Potential relevance for clinical outcome. *Eur J Intern Med.* 2022;104. doi:10.1016/j.ejim.2022.07.002
11. Lê Hoài Thương, Trần Ngọc Ánh, Đậu Quang Liêu, cs. Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu học.* 2021;147(11):92-100. doi: 52852/tcncyh.v147i11.510
12. Li XQ, Wu Y, Chen Y, et al. Advancements in nutritional diagnosis and support strategies during the perioperative period for patients with liver cancer. *World J Gastrointest Surg.* 2024;16(8):2409-25.
13. Phạm Thị Kiều Chinh, Lường Thị Xuân, Nguyễn Trọng Hưng, cs. Tỷ lệ SDD của người bệnh ung thư gan đang điều trị tại Trung tâm Ung bướu thuộc Bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh năm 2019. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2020;16(3+4):67-75.
14. Brown E, et al. Liver fat accumulation within the normal range is associated with the presence of metabolic syndrome traits. *Diabetes Res Clin Pract.* 2025;230:112997. doi:10.1016/j.diabres.2025.112997
15. Nguyễn Thị Dung, Nguyễn Thị Thanh Hòa, cs. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện K năm 2021. *Tạp chí Y tế công cộng.* 2023;64(10):160-7.