Nghiên cứu gốc

PHÂN LOẠI SUY DINH DƯỠNG THEO QUY TRÌNH HAI BƯỚC NRS-2002-GLIM Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÀ NGOẠI KHOA NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Lê Thị Hương Giang✉, Phí Thị Hằng, Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Minh Tuấn, Nguyễn Thị Minh Phương, Khuất Văn Phòng, Lê Thị Nga

Bệnh viện Đa khoa 19-8, Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả phân loại suy dinh dưỡng theo quy trình hai bước NRS-2002–GLIM và khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu; đồng thời khảo sát sự thay đổi của kết quả khi thay đổi cách xác định giảm khối cơ và tiêu chí căn nguyên ở người bệnh ung thư và ngoại khoa nội trú tại Bệnh viện 19-8.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 355 người bệnh từ 18 tuổi trở lên, điều trị nội trú trên 24 giờ tại Trung tâm Ung bướu và bốn khoa Ngoại từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2026. Nguy cơ dinh dưỡng được sàng lọc bằng NRS-2002; các tiêu chí GLIM được xác định từ thông tin lâm sàng và nhân trắc. Kết quả được trình bày theo quy trình hai bước và khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu. Các phân tích khác khảo sát ảnh hưởng của cách xác định giảm khối cơ và tiêu chí căn nguyên.

Kết quả: Có 195/355 người bệnh (54,9%) có NRS-2002 ≥3. Theo quy trình hai bước, 101/355 người bệnh được phân loại SDD, chiếm 28,5% (KTC 95%: 24,0–33,4). Khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu, 121/355 người bệnh được phân loại SDD, chiếm 34,1% (KTC 95%: 29,3–39,2). Khi thay đổi cách xác định giảm khối cơ và tiêu chí căn nguyên nhưng vẫn giữ bước sàng lọc, tỷ lệ SDD dao động từ 22,0% đến 29,6%.

Kết luận: Theo quy trình hai bước NRS-2002–GLIM, 28,5% người bệnh được phân loại SDD; khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu, tỷ lệ là 34,1%. Kết quả phân loại thay đổi theo cách áp dụng quy trình và cách xác định một số tiêu chí, cho thấy cần thống nhất phương pháp đánh giá khi triển khai tại bệnh viện.

Từ khóa: *suy dinh dưỡng, GLIM, NRS-2002, ung thư, ngoại khoa, dinh dưỡng lâm sàng.*

MALNUTRITION CLASSIFICATION USING A TWO-STEP NRS-2002-GLIM APPROACH AMONG HOSPITALIZED ONCOLOGY AND SURGICAL PATIENTS AT 19-8 HOSPITAL

ABSTRACT

Aims: To describe malnutrition classification using the two-step NRS-2002–GLIM approach and direct application of the GLIM criteria to the full sample, and to examine changes in classification when alternative definitions of reduced muscle mass and the etiologic criterion were used among hospitalized oncology and surgical patients at 19-8 Hospital.

Methods: This cross-sectional study included 355 adults hospitalized for more than 24 hours at the Oncology Centre and four surgical departments between April and June 2026. Nutritional risk was screened using NRS-2002, and GLIM criteria were determined from clinical and anthropometric information.

✉ Tác giả liên hệ: Lê Thị Hương Giang
Email: legiang198@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/1123
Nhận bài: 18/8/2028 Chỉnh sửa: 24/8/2026
Chấp nhận đăng: 21/10/2026
Công bố online: 23/10/2026

Results were reported for the two-step approach and for direct application of the GLIM criteria to the full sample. Additional analyses varied the definitions of reduced muscle mass and the etiologic criterion.

Results: Overall, 195/355 patients (54.9%) had NRS-2002 ≥3. Under the two-step approach, 101/355 patients were classified as malnourished (28.5%; 95% CI: 24.0–33.4). Direct application of the GLIM criteria to the full sample classified 121/355 patients as malnourished (34.1%; 95% CI: 29.3–39.2). When the screening step was retained and the definitions of reduced muscle mass and the etiologic criterion were varied, estimates ranged from 22.0% to 29.6%.

Conclusion: The two-step NRS-2002–GLIM approach classified 28.5% of patients as malnourished, whereas direct application of the GLIM criteria to the full sample classified 34.1%. Classification varied with the application approach and selected criterion definitions, supporting the need for standardized assessment procedures in hospital practice.

Keywords: *malnutrition, GLIM, NRS-2002, cancer, surgery, clinical nutrition.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) thường gặp ở người bệnh nội trú, đặc biệt ở người bệnh ung thư và ngoại khoa, và có liên quan với giảm khả năng dung nạp điều trị, tăng biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện và chậm phục hồi [3,4]. Nghiên cứu đa trung tâm trên 883 người bệnh tại sáu bệnh viện ở Thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận tỷ lệ SDD là 34,1% theo SGA kết hợp BMI; tỷ lệ ở nhóm ung thư là 46,5% [13].

Năm 2019, Sáng kiến Lãnh đạo Toàn cầu về Suy dinh dưỡng (Global Leadership Initiative on Malnutrition – GLIM) đã công bố đồng thuận về chẩn đoán SDD. Quy trình chuẩn khuyến cáo gồm hai bước: sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng bằng công cụ đã được thẩm định, sau đó tiến hành đánh giá chẩn đoán dựa trên sự kết hợp giữa ít nhất một tiêu chí kiểu hình (sụt cân, BMI thấp, giảm khối cơ) và một tiêu chí căn nguyên (gắn liền với giảm lượng ăn hoặc giảm hấp thu hoặc tình trạng viêm hoặc gánh nặng bệnh tật) [1,7–9].

Tỷ lệ SDD theo GLIM thay đổi giữa các quần thể và phụ thuộc vào quy trình sàng lọc cũng như cách đánh giá từng tiêu chí. Liu và cộng sự ghi nhận tỷ lệ 38,9% ở người bệnh ung thư nội trú [5], trong khi nghiên cứu tại Bệnh viện Thống Nhất ghi nhận 37,5% ở người bệnh trưởng thành [6]. Jazinaki và cộng sự cho thấy quy trình hai bước sử dụng NRS-2002 và việc áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu có thể cho kết quả phân loại khác nhau [15]. Tuy nhiên, dữ liệu thực hành tại Việt Nam về mức thay đổi của kết quả khi lựa chọn cách đánh giá khác nhau còn hạn chế.

Kết quả phân loại SDD có thể thay đổi tùy theo quy trình sàng lọc và cách xác định từng tiêu chí GLIM. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện 19-8 với hai mục tiêu: (i) Mô tả kết quả phân loại SDD theo quy trình hai bước NRS-2002–GLIM và khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu ở người bệnh ung thư và ngoại khoa điều trị nội trú tại Bệnh viện 19-8; (ii) Khảo sát sự thay đổi của kết quả phân loại SDD khi thay đổi cách xác định giảm khối cơ và tiêu chí căn nguyên.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, thực hiện từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2026 tại Trung tâm Ung bướu và các khoa Ngoại Tổng hợp, Ngoại Tiết niệu, Ngoại Chấn thương và Ngoại Thần kinh, Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. Người bệnh nội trú trên 24 giờ được kiểm tra tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, sau đó thu thập đặc điểm chung, thông tin lâm sàng, NRS-2002 và các thông tin cần thiết để xác định các tiêu chí GLIM.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh ≥18 tuổi, điều trị nội trú trên 24 giờ tại các khoa nghiên cứu, thuộc nhóm ung thư hoặc ngoại khoa, có thể hoàn thành đánh giá với sự hỗ trợ của người chăm sóc/người đại diện khi cần và đồng ý tham gia.

Tiêu chuẩn loại trừ: tình trạng cấp cứu hoặc lâm sàng không cho phép đánh giá; không thể cung cấp thông tin và không có người hỗ trợ; không thực hiện được các phép đo nhân trắc cần thiết; hoặc thiếu dữ liệu chính để xác định tình trạng SDD.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Nghiên cứu chọn mẫu liên tiếp trong thời gian từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2026. Sau khi kiểm tra tiêu chuẩn lựa chọn, làm sạch và khóa dữ liệu, 355 người bệnh được đưa vào phân tích.

2.4. Biến số và phương pháp đánh giá:

Nguy cơ dinh dưỡng được sàng lọc bằng NRS-2002; tổng điểm ≥3 được xác định là có nguy cơ [2]. Theo GLIM, SDD được xác định khi đồng thời có ít nhất một tiêu chí kiểu hình và một tiêu chí căn nguyên [1]. Trong nghiên cứu, từng tiêu chí được xác định từ các thông tin lâm sàng và nhân trắc đã thu thập theo các quy tắc dưới đây.

Các tiêu chí kiểu hình gồm sụt cân không chủ ý, BMI thấp và giảm khối cơ. Sụt cân được xác định khi giảm ≥5% cân nặng trong 3 tháng. BMI thấp được xác định theo điểm cắt dành cho quần thể châu Á: <18,5 kg/m² ở người dưới 70 tuổi và <20 kg/m² ở người từ 70 tuổi trở lên [1].

Giảm khối cơ được ước tính bằng vòng bắp chân, đo tại vị trí có chu vi lớn nhất bằng thước dây không co giãn; ngưỡng sử dụng là <33 cm ở nam và <32 cm ở nữ [7,10]. Không sử dụng số đo này ở người bệnh có phù hoặc cổ trướng.

Giảm lượng ăn được xác định khi có ít nhất một trong các biểu hiện: ăn dưới 50% nhu cầu theo đánh giá của điều tra viên trong ít nhất 3 ngày; lượng ăn hiện tại dưới 75% mức thông thường; hoặc lượng ăn giảm trong 2 tuần gần đây. Thông tin được thu thập bằng phỏng vấn người bệnh hoặc người chăm sóc và đối chiếu mức sử dụng suất ăn khi có thể. Nghiên cứu không đánh giá trực tiếp tình trạng giảm hấp thu [14].

Trong nghiên cứu, tiêu chí căn nguyên được xác định dựa trên giảm lượng ăn hoặc tình trạng viêm hay gánh nặng bệnh tật. Tình trạng viêm hoặc gánh nặng bệnh tật được nhận định từ bệnh cảnh lâm sàng; CRP được sử dụng hỗ trợ khi có [8]. Ung thư đang điều trị và bệnh ngoại khoa cấp tính hoặc tình trạng liên quan đến phẫu thuật cần điều trị nội trú được xếp là có gánh nặng bệnh tật.

ECOG được đánh giá từ 0 đến 4, điểm cao hơn phản ánh mức suy giảm khả năng

hoạt động và tự chăm sóc lớn hơn [11]. Trong phân tích mô tả, ECOG được chia thành ba nhóm: 0, 1 và ≥2. Hoạt động thể lực phản ánh mức vận động thường ngày trước nhập viện, được phân thành bình thường và giảm.

Các triệu chứng ảnh hưởng dinh dưỡng gồm chán ăn, buồn nôn, nôn, khó nuốt, tiêu chảy, táo bón, khô miệng, viêm hoặc loét miệng, thay đổi vị giác và đau. Mỗi triệu chứng được chấm từ 0 đến 3 điểm; có ít nhất một triệu chứng với điểm >0 được xếp vào nhóm "có triệu chứng".

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa và phân tích bằng IBM SPSS Statistics 26.0. Biến định lượng được trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị; biến định tính bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh tỷ lệ sử dụng kiểm định Chi bình phương Pearson hoặc Fisher khi phù hợp. Kết quả phân loại SDD được xác định theo quy trình hai bước NRS-2002–GLIM. Để mô tả ảnh hưởng của bước sàng lọc đến kết quả phân loại, các tiêu chí GLIM được áp dụng trực tiếp trên toàn bộ mẫu và trình bày riêng để đối chiếu. Các phân tích khác lần lượt thay đổi điểm cắt vòng bắp chân, không sử dụng vòng bắp chân, chỉ sử dụng giảm lượng ăn làm tiêu chí căn nguyên và kết hợp hai thay đổi sau cùng. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi p<0,05. Nghiên cứu được báo cáo theo hướng dẫn STROBE [12].

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu có thiết kế quan sát, không can thiệp và không làm thay đổi phác đồ điều trị. Người bệnh được giải thích về nghiên cứu, tự nguyện đồng ý tham gia và có quyền từ chối hoặc dừng tham gia mà không ảnh hưởng đến chăm sóc, điều trị. Dữ liệu được mã hóa và bảo mật. Nghiên cứu chưa có quyết định phê duyệt riêng của Hội đồng đạo đức trước khi triển khai; nội dung này đã được thông báo trung thực với Ban Biên tập.

III. KẾT QUẢ

Trong tổng ố 232 đối tượng, nam giới chiếm 65,4%. Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung vị 58 (IQR:43-68) tuổi và BMI là 21,6 (IQR: 19,7–23,9) kg/m^2. Bảng 1 trình bày đặc điểm về giới tính, tình trạng sụt cân, giá trị ECOG, và tình trạng ung thư, và số lượng triệu chứng ảnh ưởng đến dinh dưỡng.

Bảng 1. *Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=355) và BMI*

Đặc điểm	n (%)	.	Đặc điểm	n (%)
Có sụt cân trong 3 tháng	148 (41,7)		Ung thư không phẫu thuật	198 (55,8)
ECOG ≥2	75 (21,1)		Ung thư + phẫu thuật	16 (4,5)
Có ≥1 triệu chứng ảnh hưởng dinh dưỡng	260 (73,2)		Ngoại khoa không ung thư	141 (39,7)

Bảng 2. *Kết quả sàng lọc NRS-2002 và phân bố các tiêu chí GLIM (n=355)*

Chỉ tiêu	n	%
NRS-2002 ≥3	195	54,9
Tiêu chí kiểu hình		
Sụt cân theo tiêu chí nghiên cứu	62	17,5
BMI thấp theo GLIM	58	16,3
Giảm khối cơ theo vòng bắp chân	65	18,8
Có ít nhất một tiêu chí kiểu hình	121	34,1
Tiêu chí căn nguyên		
Giảm lượng ăn	179	50,4
Viêm hoặc gánh nặng bệnh tật	355	100,0
Có ít nhất một tiêu chí căn nguyên	355	100,0

Vòng bắp chân được đánh giá ở 346 người bệnh; 9 trường hợp có phù hoặc cổ trướng không sử dụng số đo này để phân loại.

Theo Bảng 2, có 195/355 người bệnh (54,9%) có NRS-2002 ≥3. Trong các tiêu chí kiểu hình, sụt cân theo tiêu chí nghiên cứu được ghi nhận ở 17,5%, BMI thấp ở 16,3% và giảm khối cơ ở 18,8% trong 346 người bệnh đánh giá được. Có 121/355 người bệnh (34,1%) có ít nhất một tiêu chí kiểu hình. Giảm lượng ăn được ghi nhận ở 50,4%; theo cách xác định của nghiên cứu, toàn bộ mẫu có ít nhất một tiêu chí căn nguyên.

Bảng 3. *Kết quả phân loại SDD theo hai cách áp dụng tiêu chí GLIM*

Kết quả	Mẫu số	n	Tỷ lệ (95%CI)
NRS-2002 ≥3	355	195	54,9
SDD trong nhóm NRS-2002 ≥3	195	101	51,8 (44,8–58,7)
SDD theo quy trình hai bước trong toàn bộ mẫu	355	101	28,5 (24,0–33,4)
SDD khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu	355	121	34,1 (29,3–39,2)

Theo Bảng 3, quy trình hai bước cho kết quả 101/355 người bệnh được phân loại SDD, chiếm 28,5% toàn bộ mẫu. Khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu, 121/355 người bệnh được phân loại SDD, chiếm 34,1%. Hai kết quả phản ánh hai cách áp dụng tiêu chí khác nhau và không được sử dụng để thẩm định độ chính xác chẩn đoán của NRS-2002.

Khi vẫn giữ bước sàng lọc NRS-2002, tỷ lệ SDD là 29,6% với ngưỡng vòng bắp chân AWGS 2019; 24,5% khi không sử dụng vòng bắp chân; 24,8% khi chỉ sử dụng giảm lượng ăn làm tiêu chí căn nguyên; và 22,0% khi đồng thời không sử dụng vòng bắp chân và chỉ sử dụng giảm lượng ăn làm tiêu chí căn nguyên.

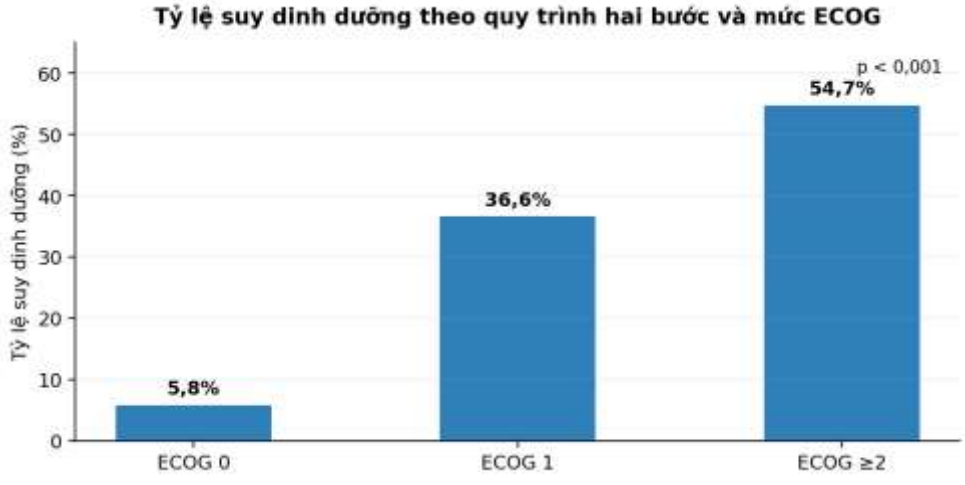
Bảng 1. *Kết quả phân loại SDD và các cấu phần theo nhóm bệnh*

Chỉ tiêu	Ngoại khoa không ung thư n=141	Ung thư không phẫu thuật n=198	Ung thư có phẫu thuật n=16	p
SDD theo quy trình hai bước NRS-2002–GLIM	9 (6,4%; 95%CI: 3,4–11,7)	82 (41,4%; 95%CI: 34,8–48,4)	10 (62,5%; 95%CI: 38,6–81,5)	<0,001
Sụt cân theo GLIM	2 (1,4%)	53 (26,8%)	7 (43,8%)	<0,001
BMI thấp theo GLIM	14 (9,9%)	38 (19,2%)	6 (37,5%)	0,005
Giảm khối cơ	9 (6,4%)	48 (25,4%)	8 (50,0%)	<0,001
Giảm lượng ăn	30 (21,3%)	136 (68,7%)	13 (81,2%)	<0,001

Đối với tiêu chí giảm khối cơ, CC được đánh giá ở 346/355 người bệnh sau khi không sử dụng CC ở 9 trường hợp có phù/cổ trướng; mẫu số hợp lệ theo nhóm lần lượt là 141, 189 và 16. Tỷ lệ được tính trên số người có phép đo CC hợp lệ trong từng nhóm.

Theo Bảng 4, quy trình hai bước cho kết quả tỷ lệ SDD là 6,4% ở nhóm ngoại khoa không ung thư, 41,4% ở nhóm ung thư không phẫu thuật và 62,5% ở nhóm ung thư có phẫu thuật (p<0,001). Nhóm ung thư có phẫu thuật chỉ gồm 16 người bệnh nên kết quả này mang tính mô tả.

Theo Hình 1, quy trình 2 bước cho kết quả tỷ lệ SDD tăng từ 5,8% ở ECOG 0 lên 36,6% ở ECOG 1 và 54,7% ở ECOG ≥2 (p<0,001).



Hình 1. *Tỷ lệ SDD theo quy trình hai bước NRS-2002–GLIM theo mức ECOG.*

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả phân loại và ảnh hưởng của cách xác định tiêu chí

Theo quy trình hai bước NRS-2002–GLIM, 101/355 người bệnh (28,5%) được phân loại SDD. Khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu, số trường hợp được phân loại là 121/355 (34,1%). Khi vẫn giữ bước sàng lọc nhưng thay đổi cách xác định giảm khối cơ và tiêu chí căn nguyên, tỷ lệ dao động từ 22,0% đến 29,6%.

Các nghiên cứu đã công bố ghi nhận tỷ lệ SDD khác nhau giữa các quần thể [5,6]. Jazinaki và cộng sự cũng cho thấy quy trình hai bước sử dụng NRS-2002 và việc áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu có thể cho kết quả phân loại khác nhau [15]. Do khác biệt về đối tượng, bước sàng lọc và cách xác định từng tiêu chí, các tỷ lệ không nên được so sánh trực tiếp. Nghiên cứu này cung cấp số liệu trong cùng một mẫu để làm rõ mức thay đổi của kết quả theo cách áp dụng quy trình.

Vòng bắp chân là chỉ số nhân trắc đơn giản, khả thi trong điều kiện lâm sàng chưa có BIA, DXA hoặc CT. Trong các phân tích bổ sung vẫn giữ bước sàng lọc, tỷ lệ SDD là 29,6% khi dùng ngưỡng AWGS 2019 và 24,5% khi không sử dụng vòng bắp chân. Mức thay đổi này cho thấy cần quy định rõ điểm cắt và cách sử dụng vòng bắp chân trong quy trình thực hành.

4.2. Ý nghĩa đối với quy trình sàng lọc–đánh giá dinh dưỡng

Quy trình hai bước phản ánh đúng trình tự GLIM khuyến cáo: sàng lọc nguy cơ trước, sau đó đánh giá chẩn đoán ở người có nguy cơ. Kết quả khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu được trình bày để đối chiếu ảnh hưởng của bước sàng lọc đến số trường hợp được phân loại, không nhằm coi GLIM là tiêu chuẩn vàng hoặc đánh giá độ chính xác chẩn đoán của NRS-2002.

Theo cách đánh giá lâm sàng của nghiên cứu, ung thư đang điều trị và bệnh ngoại khoa cấp tính hoặc liên quan đến phẫu thuật cần điều trị nội trú được xếp là có gánh nặng bệnh tật. Khi chỉ sử dụng giảm lượng ăn làm tiêu chí căn nguyên, tỷ lệ SDD theo quy trình hai bước là 24,8%; khi đồng thời không sử dụng vòng bắp chân, tỷ lệ là 22,0%.

4.3. Khác biệt theo nhóm bệnh và tình trạng hoạt động

Theo quy trình hai bước, tỷ lệ SDD cao hơn ở hai nhóm ung thư so với nhóm ngoại khoa không ung thư. Tỷ lệ 62,5% ở nhóm ung thư có phẫu thuật chỉ mang tính mô tả vì nhóm này gồm 16 người bệnh. Tỷ lệ SDD cũng tăng theo mức ECOG, từ 5,8% ở ECOG 0 lên 54,7% ở ECOG ≥2. Đây là các kết quả mô tả, không được diễn giải theo hướng quan hệ nhân quả.

4.4. Điểm mạnh, hạn chế và ý nghĩa thực tiễn

Điểm mạnh của nghiên cứu là thu thập đồng thời NRS-2002 và các thông tin cần thiết để xác định tiêu chí GLIM trên 355 người bệnh thuộc nhiều chuyên khoa. Việc trình bày song song kết quả theo quy trình hai bước và khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM, cùng với việc khảo sát một số cách xác định tiêu chí, cung cấp dữ liệu thực hành để chuẩn hóa quy trình đánh giá dinh dưỡng tại Bệnh viện 19-8.

Nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện với thiết kế cắt ngang. Sụt cân

được thu thập trong 3 tháng; lượng ăn được đánh giá bán định lượng; vòng bắp chân là chỉ số nhân trắc thay thế cho khối cơ; tình trạng viêm hoặc gánh nặng bệnh tật được xác định từ bệnh cảnh lâm sàng. Vì vậy, kết quả cần được diễn giải trong phạm vi phương pháp đã sử dụng.

Trong thực hành, quy trình hai bước cần được triển khai thống nhất: sàng lọc nguy cơ bằng NRS-2002, sau đó đánh giá theo GLIM ở người bệnh có nguy cơ. Đồng thời, bệnh viện cần thống nhất cách khai thác sụt cân và giảm lượng ăn, kỹ thuật đo vòng bắp chân, điểm cắt sử dụng và cách xác định tiêu chí căn nguyên để kết quả đánh giá nhất quán giữa các khoa.

V. KẾT LUẬN

Theo quy trình hai bước NRS-2002–GLIM, 101/355 người bệnh (28,5%) được phân loại SDD. Khi áp dụng trực tiếp các tiêu chí GLIM trên toàn bộ mẫu, 121/355 người bệnh (34,1%) được phân loại SDD. Khi thay đổi cách xác định giảm khối cơ và tiêu chí căn nguyên nhưng vẫn giữ bước sàng lọc, tỷ lệ dao động từ 22,0% đến 29,6%. Kết quả cho thấy cần thống nhất cả trình tự thực hiện và phương pháp xác định các tiêu chí GLIM khi triển khai tại bệnh viện.

Tài liệu tham khảo

1. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1–9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002.
2. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z; Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): A new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3):321–336. doi:10.1016/S0261-5614(02)00214-5.
3. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in cancer. Clin Nutr. 2021;40(5):2898–2913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005.
4. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2021;40(7):4745–4761. doi:10.1016/j.clnu.2021.03.031.
5. Liu C, Lu Z, Li Z, Xu J, Cui H, Zhu M. Influence of malnutrition according to the GLIM criteria on the clinical outcomes of hospitalized patients with cancer. Front Nutr. 2021;8:774636. doi:10.3389/fnut.2021.774636.
6. Trần Quốc Cường, Trần Thị Phương Lan, Công Huyền Tôn Nữ Bảo Liên, Nguyễn Thúy Vy. Tần suất suy dinh dưỡng theo GLIM và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2025. Tạp chí Y học Việt Nam. 2026;559(3). doi:10.51298/vmj.v559i3.17688.
7. Barazzoni R, Jensen GL, Correia MITD, et al. Guidance for assessment of the muscle mass phenotypic criterion for the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) diagnosis of malnutrition. Clin Nutr. 2022;41(6):1425–1433. doi:10.1016/j.clnu.2022.02.001.
8. Jensen GL, Cederholm T, Ballesteros-Pomar MD, et al. Guidance for assessment of the inflammation etiologic criterion for the GLIM diagnosis of malnutrition: A modified Delphi approach. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2024;48(2):145–154. doi:10.1002/jpen.2590.
9. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. The GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: A 5-year update. Clin Nutr. 2025;49:11–20. doi:10.1016/j.clnu.2025.03.018.
10. Le Thi H, Duong Thi P, Le Thi Thanh X, et al. Applicability of the GLIM criteria in Vietnam: Diagnostic performance of calf and mid-upper arm circumference for assessment of muscle mass reduction in older adults. Clin Nutr Open Sci. 2026;66:100600. doi:10.1016/j.nutos.2025.11.007.

11. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5(6):649–655.
12. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007;370(9596):1453–1457. doi:10.1016/S0140-6736(07)61602-X.
13. Tran QC, Banks M, Hannan-Jones M, Do TND, Gallegos D. Prevalence and associated risk factors of malnutrition among hospitalized adults in a multisite study in Ho Chi Minh City, Viet Nam. Asia Pac J Clin Nutr. 2018;27(5):986–995. doi:10.6133/apjcn.042018.07.
14. Keller H, Blaauw R, Mills CM, et al. Guidance for the assessment of the dietary intake and gastrointestinal or nutrition impact symptoms etiologic criterion of GLIM: A modified-Delphi study. Clin Nutr. 2026;62:106643. doi:10.1016/j.clnu.2026.106643.
15. Jazinaki MS, Norouzy A, Arabi SM, Moghadam MRSF, Esfahani AJ, Safarian M. Two-step GLIM approach using NRS-2002 screening tool vs direct GLIM criteria application in hospital malnutrition diagnosis: A cross-sectional study. Nutr Clin Pract. 2024;39:1419–1430. doi:10.1002/ncp.11229.