

# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2021-2023

Phạm Thị Kiều Chinh<sup>1,2,✉</sup>, Lê Thị Hương<sup>1</sup>  
Nguyễn Duy Cường<sup>2</sup>, Ninh Thị Nhung<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Ung thư dạ dày là bệnh lý thường gặp, đứng hàng đầu trong các loại ung thư. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật là một yếu tố quan trọng, ảnh hưởng đến chỉ định điều trị cũng như sự hồi phục của bệnh nhân. Nghiên cứu thực hiện đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên 120 bệnh nhân ung thư dạ dày có chỉ định phẫu thuật trong thời gian từ 2021 - 2023 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Kết quả: 34,2% người bệnh có suy dinh dưỡng theo BMI, tỷ lệ người bệnh trong 1 tháng gần đây giảm cân nặng  $\geq 5\%$  là 16,7% và giảm dưới 5% là 71,6%. 76,6% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA, trong đó PG-SGA C (SDD nặng) là 15,8%. 25,9% giảm albumin huyết thanh ( $< 35$  g/L), 45,8% thiếu máu và 35,8% có protein dưới 65 g/L. Tỷ lệ người bệnh ung thư dạ dày suy dinh dưỡng, có nguy cơ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ở mức cao. Cần có các biện pháp can thiệp dinh dưỡng kịp thời và phù hợp, góp phần tăng hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

**Từ khóa:** Ung thư dạ dày, PG-SGA, tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo dữ liệu của Globocan 2020, ung thư dạ dày là nguyên nhân phổ biến đứng hàng thứ 4 gây tử vong liên quan đến ung thư trên toàn thế giới.<sup>1</sup> Mặc dù, tỷ lệ mắc bệnh ung thư dạ dày ở các nước phương Tây đang có xu hướng giảm dần nhưng tỷ lệ này vẫn còn khá cao và đang gia tăng nhanh chóng ở các nước trong khu vực Đông Nam Á, trong đó có Việt Nam.<sup>2,3</sup>

Ung thư đường tiêu hóa mà đặc biệt là ung thư dạ dày thường có tỉ lệ suy dinh dưỡng cao nhất so với các nhóm ung thư còn lại.<sup>2,4</sup> Vì đây là bệnh ung thư trên chính hệ thống đường tiêu hóa làm ảnh hưởng trực tiếp tới hệ thống tiêu hóa, làm giảm hấp thu các chất dinh dưỡng, thay đổi về chuyển hóa, đồng thời khối u ác

tính lấy nguồn dinh dưỡng để phát triển, dẫn đến cơ thể mệt mỏi, suy nhược, thiếu năng lượng từ đó làm giảm hiệu quả điều trị, giảm chất lượng cuộc sống, tăng tỷ lệ biến chứng và gián đoạn điều trị ở người bệnh. Việc xác định sớm tình trạng suy dinh dưỡng ở những bệnh nhân này có vai trò quan trọng giúp đưa ra những can thiệp dinh dưỡng kịp thời và phù hợp, góp phần tăng hiệu quả điều trị, thời gian sống và chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư dạ dày trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn*

Người bệnh từ 20 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày bằng mô bệnh

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Kiều Chinh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phamthieuchinh@gmail.com

Ngày nhận: 04/04/2025

Ngày được chấp nhận: 17/04/2025

học có chỉ định phẫu thuật, có hồ sơ bệnh án đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Người bệnh giai đoạn chăm sóc giảm nhẹ.
- Bệnh nhân, gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân có kết hợp các bệnh lý ung thư khác.
- Bệnh nhân có bệnh lý gan, thận.
- Bệnh nhân đã được tư vấn can thiệp dinh dưỡng trước lúc nhập viện.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

## **2. Phương pháp**

### **Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả cắt ngang.

### **Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Khoa Ngoại Tổng hợp, Trung tâm Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ 2021 - 2023.

### **Cỡ mẫu**

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

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu.

p: tỷ lệ người bệnh ung thư có nguy cơ SDD theo PG-SGA, từ nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thùy Linh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 52,5% với  $p = 0,525$ .<sup>5</sup>

$\epsilon$ : giá trị tương đối = 0,18.

$\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê, lấy  $\alpha = 0,05$ .

Cỡ mẫu tính toán là  $n = 107$ , cộng thêm 10% người bệnh bỏ cuộc hoặc có các vấn đề khác ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu, cỡ mẫu cuối cùng là 120 người.

### **Cách chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện. Chọn chủ đích tất cả người bệnh ung thư dạ dày trong thời gian

nghiên cứu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, cho đến khi đủ cỡ mẫu.

### **Biến số, chỉ số nghiên cứu**

- + Nhân khẩu học: tuổi, giới, giai đoạn bệnh.
- + Các chỉ số nhân trắc: cân nặng, BMI.
- + Tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA.
- + Một số chỉ số xét nghiệm máu có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng: hemoglobin, hồng cầu, albumin, protein.

### **Tiêu chuẩn và cách đánh giá**

Bộ câu hỏi nghiên cứu đã được xây dựng sẵn với những đặc thù cho nghiên cứu, dựa trên việc tham khảo các nghiên cứu trước đó và xin ý kiến chuyên gia.

- **Chỉ số BMI:** sử dụng tiêu chuẩn phân loại BMI cho người trưởng thành của Tổ chức Y tế thế giới (WHO, 2000)

- + BMI  $\geq 25$ : thừa cân, béo phì.
- + BMI 18,5 - 24,99: bình thường.
- + BMI 17 - <18,5: CED độ 1.
- + BMI 16 - <17,0: CED độ 2.
- + BMI: < 16,0: CED độ 3.

- Mức độ nguy cơ suy dinh dưỡng đánh giá theo PG-SGA:<sup>6</sup>

- + PG-SGA A: không có nguy cơ suy dinh dưỡng.
- + PG-SGA B: nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nhẹ/ vừa.
- + PG-SGA C: nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng.

- Mức độ thiếu máu theo hemoglobin: ở nữ khi Hb < 120 g/l, ở nam Hb < 130 g/l.

- Hồng cầu mức bình thường ở nữ: 3,8 - 5,0 T/l, nam: 4,2 - 6 T/l.

- Albumin huyết thanh:<sup>7</sup>

- + SDD nhẹ: 28 - <35 g/dl.
- + SDD vừa: 21 - <28 g/dl.

- + SDD nặng: < 21 g/dl.
- Protein: Suy dinh dưỡng khi Protein toàn phần < 65 g/l.
- Phân loại giai đoạn ung thư: theo đánh giá của bác sĩ lâm sàng (theo AJCC 2017 - AJCC 8).<sup>8</sup>
- + Giai đoạn 0: Tis, N0, M0.
- + Giai đoạn IA: T1, N0, M0.
- + Giai đoạn IB: T2, N0, M0; T1, N1, M0.
- + Giai đoạn IIA: T3, N0, M0; T2, N1, M0; T1, N2, M0.
- + Giai đoạn IIB: T4a, N0, M0; T3, N1, M0; T2, N2, M0; T1, N3, M0.
- + Giai đoạn IIIA: T4a, N1, M0; T3, N2, M0; T2, N3, M0.
- + Giai đoạn IIIB: T4b, N0-1, M0; T4a, N2, M0; T3, N3, M0.
- + Giai đoạn IIIC: T4b, N2-3, M0; T4a, N3, M0.
- + Giai đoạn IV: T bất kỳ, N bất kỳ, M1.

**Quy trình thu thập thông tin tiến hành nghiên cứu:**

Từ danh sách bệnh nhân chỉ định phẫu thuật hàng ngày, chọn ra những đối tượng phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu:

- + Thu thập thông tin chung: bằng cách phỏng vấn và ghi nhận kết quả xét nghiệm công thức máu và chỉ số hóa sinh dựa vào hồ sơ bệnh án.

+ Thu thập các thông tin nhân trắc: sử dụng thước gỗ 3 mảnh và cân TATINA.

+ Thu thập số liệu đánh giá TTDD theo PG-SGA: Sử dụng bộ công cụ PG - SGA để phỏng vấn và thu thập các thông tin liên quan đến TTDD của bệnh nhân, khám lâm sàng phát hiện teo cơ; mất lớp mỡ dưới da; phù, cổ chướng.

**Xử lý số liệu**

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Các kết quả trình bày mô tả những số liệu điều tra cơ bản được thể hiện theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn về số đo các chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao) và tỷ lệ % đối với các thông tin về giai đoạn bệnh, tỷ lệ SDD theo các chỉ số BMI, PG-SGA, albumin, protein...

**3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y Hà Nội (QĐ số 496/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 14/5/2021). Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa, của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập chỉ được phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện và các khoa, phòng.

**III. KẾT QUẢ**

**Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n = 120)**

Thông tin chung		Tần số	Tỷ lệ
Giới tính	Nam	78	65,8
	Nữ	41	34,2
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	0	0,0
	40 - 49 tuổi	8	6,7
	50 - 59 tuổi	15	12,5
	60 - 69 tuổi	57	47,5
	≥ 70 tuổi	40	33,3

Thông tin chung	Tần số	Tỷ lệ	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn 1 - 2	26	21,7
	Giai đoạn 3 - 4	94	78,3

Trong số 120 người bệnh tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm 65,8%, nữ chiếm 34,2%, tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 60 - 69 (47,5%), sau đó là nhóm tuổi  $\geq 70$  tuổi (33,3%).

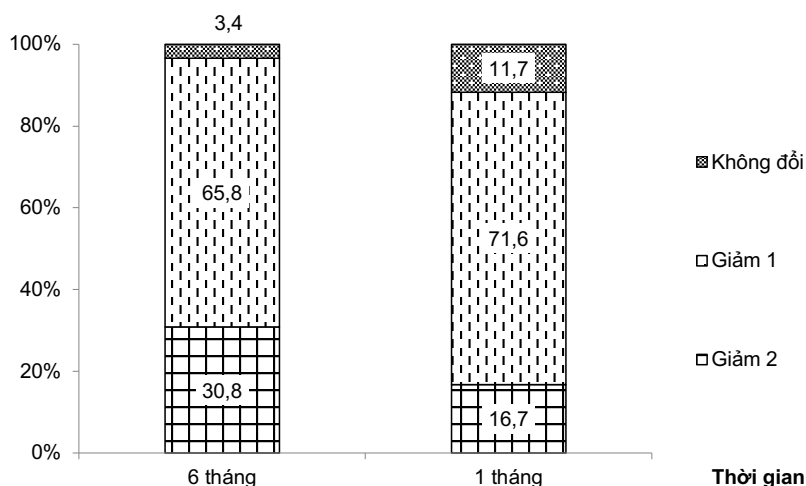
Không có người bệnh nào dưới 40 tuổi. Giai đoạn bệnh gặp chủ yếu là giai đoạn 3 - 4 với 78,3%.

**Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo BMI (n = 120)**

Thông tin chung	Nam (n = 79)	Nữ (n = 41)	Chung (n = 120)	
Cân nặng (kg)	54,3 $\pm$ 6,6	46,7 $\pm$ 7,4		
Chiều cao (cm)	164,2 $\pm$ 5,8	151,9 $\pm$ 7,3		
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	SDD nặng (BMI < 16)	5 (6,3)	3 (7,3)	8 (6,7)
	SDD vừa (16 - <17)	8 (10,1)	3 (7,3)	11 (9,2)
	SDD nhẹ (17 - <18,5)	14 (17,7)	8 (19,5)	22 (18,3)
	Bình thường (18,5 - 24,9)	49 (62,1)	27 (65,8)	76 (63,3)
	Thừa cân, béo phì ( $\geq 25$ )	3 (3,8)	0 (0,0)	3 (2,5)

Phân loại tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo BMI cho thấy 63,3% bệnh nhân có BMI bình thường. Tỷ lệ suy dinh dưỡng chung ở cả 2 giới là 34,2%, trong đó tỷ lệ thiếu

năng lượng trường diễn độ I, độ II và độ III lần lượt là 18,3%, 9,2% và 6,7%. Bên cạnh đó có 2,5% người bệnh có thừa cân, béo phì, đều là nam giới.



**Biểu đồ 1. Thay đổi cân nặng trong 6 tháng và 1 tháng gần đây của đối tượng (n = 120)**

*Giảm 1: giảm < 5% cân nặng trong 1 tháng và < 10% trong 6 tháng*

*Giảm 2: giảm  $\geq 5\%$  cân nặng trong 1 tháng và  $\geq 10\%$  trong 6 tháng*

96,7% người bệnh giảm cân trong 6 tháng qua, tỷ lệ giảm  $\geq 10\%$  là 30,8% và giảm dưới 10% là 65,8%. Trong 1 tháng qua, tỷ lệ giảm

cân  $\geq 5\%$  là 16,7% và giảm dưới 5% là 71,6%. Không có người bệnh nào tăng cân trong 1 và 6 tháng qua.

**Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo PG-SGA (n = 120)**

Thông tin chung		PGSGA-A	PGSGA-B	PGSGA-C
Giới tính	Nam (n = 79)	20 (25,3)	47 (59,5)	12 (15,2)
	Nữ (n = 41)	8 (19,5)	26 (63,4)	7 (17,1)
Nhóm tuổi	40 - 49 tuổi (n = 8)	4 (50,0)	3 (37,5)	1 (12,5)
	50 - 59 tuổi (n = 15)	3 (20,0)	11 (73,3)	1 (6,7)
	60 - 69 tuổi (n = 57)	11 (19,3)	42 (73,7)	4 (7,0)
	$\geq 70$ tuổi (n = 40)	10 (25,0)	17 (42,5)	13 (32,5)
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn 1 - 2 (n = 26)	11 (42,3)	14 (53,8)	1 (3,8)
	Giai đoạn 3 - 4 (n = 94)	17 (18,1)	59 (62,8)	18 (19,1)
	Chung	28 (23,4)	73 (60,8)	19 (15,8)

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA cho thấy nguy cơ suy dinh dưỡng ở cả hai nhóm nam và nữ đều cao, tăng dần theo nhóm tuổi và giai đoạn bệnh, tỷ lệ chung là 76,6%.

Trong đó 60,8% người bệnh có nguy cơ SDD nhẹ hoặc vừa và 15,8% nguy cơ SDD nặng. 23,4% không có nguy cơ suy dinh dưỡng (PG-SGA mức A).

**Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo một số chỉ số xét nghiệm (n = 120)**

Thông tin chung		Nam (n = 79)	Nữ (n = 41)	Chung (n = 120)
Hồng cầu	Bình thường	56 (70,9)	26 (63,4)	82 (68,3)
	Giảm	23 (29,1)	15 (36,6)	38 (31,7)
Hemoglobin	Bình thường	44 (55,7)	21 (51,2)	65 (54,2)
	Thiếu máu	35 (44,3)	20 (48,8)	55 (45,8)
Albumin (g/l)	Bình thường ( $\geq 35$ )	58 (73,4)	31 (75,6)	89 (74,1)
	Giảm nhẹ (28 - <35)	18 (22,8)	9 (21,9)	27 (22,5)
	Giảm vừa (21 - 27)	3 (3,8)	1 (2,4)	4 (3,4)
Protein (g/l)	$\geq 65$	52 (65,8)	25 (61,0)	77 (64,2)
	< 65	27 (34,2)	16 (39,0)	43 (35,8)

Tỷ lệ người bệnh có hồng cầu giảm là 31,7%, trong đó ở nữ là 36,6% và ở nam là 29,1%. Tỷ lệ thiếu máu theo hemoglobin là 45,8%; trong đó thiếu máu ở nữ là 48,8% và

ở nam là 44,3%. Về phân loại albumin, 22,5% giảm nhẹ; 3,4% giảm vừa. Với chỉ số protein huyết thanh, 35,8% đối tượng nghiên cứu có mức dưới 65 g/l.

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 120 bệnh nhân ung thư dạ dày trước phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, có 65,8% là nam và nữ là 34,2%. Các nghiên cứu về tỷ lệ mắc ung thư dạ dày trong và ngoài nước cũng cho thấy tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hương Lan năm 2020 mô tả tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư dạ dày trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng cho thấy tỷ lệ nam giới bị ung thư dạ dày nhiều hơn nữ giới hơn 2 lần.<sup>9</sup> Điều này có thể do tỷ lệ nam giới nhiễm *H. pylori* cao hơn, nam hút thuốc lá và uống rượu nhiều hơn hay tiếp xúc nghề nghiệp với nhiều yếu tố nguy cơ hơn. Bệnh nhân ung thư dạ dày tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 60 - 69 (47,5%).

Ung thư đường tiêu hóa, đặc biệt là ung thư dạ dày ảnh hưởng trực tiếp đến hệ tiêu hóa và khả năng hấp thu các chất dinh dưỡng của người bệnh, nên tỷ lệ SDD thường cao hơn so với các loại ung thư khác. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI, tỷ lệ suy dinh dưỡng chung là 34,2%, trong đó tỉ lệ SDD độ I, độ II và độ III lần lượt là 18,3%, 9,2% và 6,7%. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn trên 50 bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày tại bệnh viện Việt Đức với tỷ lệ bệnh nhân có BMI dưới 18,5 là 32%.<sup>10</sup> Cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hằng năm 2022 với tỷ lệ người bệnh trước phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là 16,7% SDD.<sup>11</sup> Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hương Lan, tỷ lệ này là 40,3%.<sup>9</sup> Sự khác biệt về tỷ lệ SDD giữa các nghiên cứu có thể do nghiên cứu tiến hành ở những giai đoạn bệnh khác nhau với cỡ mẫu khác nhau.

Tuy nhiên, BMI không phản ánh được sự thay đổi về TTDD trong thời gian ngắn, do đó,

chỉ số BMI chưa đủ để đánh giá TTDD cho người bệnh, cần phối hợp với nhiều công cụ khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, PG-SGA được sử dụng để đánh giá nguy cơ SDD, kết quả cho thấy nguy cơ SDD cao với tỷ lệ là 76,6%. Trong đó 60,8% có nguy cơ SDD nhẹ hoặc vừa và 15,8% nguy cơ SDD nặng. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên cùng người bệnh ung thư dạ dày như nghiên cứu của tác giả Guo năm 2020 trên 2322 bệnh nhân, theo PG-SGA, 80,4% có nguy cơ bị SDD.<sup>12</sup> Cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Li Zhang năm 2022 trên 1.493 bệnh nhân, SDD vừa phải và SDD nặng là 34,2% và 4,7%.<sup>13</sup> Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thùy Linh trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có nguy cơ SDD và SDD nặng là 58,2%.<sup>5</sup> Sự khác biệt về tỷ lệ SDD theo PG-SGA có thể do thời điểm đánh giá của các nghiên cứu khác nhau, người bệnh ung thư ở giai đoạn muộn có nguy cơ SDD cao hơn những người bệnh phát hiện ở giai đoạn sớm.

Tỷ lệ bệnh nhân SDD theo BMI thấp hơn nhiều so với PG-SGA (34,2% so với 76,6%). Điều này là do PG-SGA, bên cạnh việc sử dụng các chỉ số nhân trắc còn đánh giá thay đổi cân nặng, khẩu phần, các triệu chứng của người bệnh và dấu hiệu lâm sàng trong khi đó đánh giá theo BMI, chỉ xác định có SDD khi BMI < 18,5.

Người bệnh ung thư dạ dày thường có các triệu chứng chán ăn, khô miệng, thay đổi vị giác, no sớm, buồn nôn, nôn và đau, đây là những triệu chứng tiêu hóa làm ảnh hưởng đến ăn uống, trực tiếp dẫn đến tình trạng sụt cân, suy mòn. Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 96,7% người bệnh giảm cân trong 6 tháng qua, trong đó tỷ lệ giảm  $\geq 10\%$  là 30,8% và giảm dưới 10% là 65,8%. Trong 1 tháng qua, tỷ lệ giảm cân  $\geq 5\%$  là 16,7% và giảm dưới 5% là

71,6%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu trên người bệnh ung thư điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với 77,5% giảm cân trong 6 tháng trong đó tỷ lệ giảm trên 10% lên đến 31,8%. Tỷ lệ giảm cân trong 1 tháng qua là 41,1%, giảm trên 5% là 13,9%.<sup>5</sup> Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh trên 127 người bệnh ung thư đường tiêu hóa cũng cho thấy tình trạng giảm cân trong 6 tháng gần đây là 82,7%; giảm  $\geq 10\%$  cân nặng chiếm 26%.<sup>14</sup>

Tỷ lệ SDD theo albumin trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,9%, có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn với 8,4% người bệnh ung thư dạ dày bị SDD (albumin < 35 g/l).<sup>10</sup> Nghiên cứu của tác giả Đoàn Duy Tân, tỷ lệ SDD theo albumin là 38,5%.<sup>15</sup> Nghiên cứu của tác giả Kavitha Menon cho thấy 26% có albumin huyết thanh thấp dưới 38 g/l.<sup>16</sup> Nồng độ albumin huyết thanh liên quan đến tình trạng dinh dưỡng, thời gian mắc bệnh, loại ung thư... đồng thời do có sự khác biệt về cỡ mẫu, đặc điểm bệnh lý, giai đoạn bệnh do đó có sự khác nhau về tỷ lệ giữa các nghiên cứu. Tỷ lệ thiếu máu theo huyết sắc tố và hồng cầu có sự khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng đa số đều cho thấy tỷ lệ người bệnh ung thư dạ dày bị thiếu máu là khá cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có hồng cầu giảm là 31,7% và thiếu máu theo hemoglobin là 45,8%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thùy Linh, có đến 48,9% người bệnh ung thư đường tiêu hóa bị thiếu máu<sup>5</sup>. Khối u làm biến đổi cấu trúc niêm mạc dạ dày, ảnh hưởng đến quá trình tiết dịch tiêu hóa và hấp thu các chất dinh dưỡng đặc biệt là protein, sắt, vitamin B12... Đồng thời, yếu tố viêm mạn tính và thay đổi chuyển hóa trong ung thư khiến người bệnh mất cảm giác ngon miệng, ăn kém, no sớm, dẫn đến suy mòn toàn thân và hạ albumin máu kéo dài, làm nặng thêm tình trạng suy kiệt.

Đối với bệnh nhân ung thư dạ dày được chỉ định phẫu thuật, tình trạng dinh dưỡng trước

mở ảnh hưởng trực tiếp đến tiên lượng sau mổ, biến chứng, sự hồi phục, thời gian sống thêm và chất lượng cuộc sống. Vì vậy, đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật ung thư dạ dày là cần thiết giúp phát hiện người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng để có những hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời và phù hợp.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước của bệnh nhân ung thư dạ dày trước phẫu thuật ở mức cao, với 34,2% SDD theo BMI. 76,6% có nguy cơ SDD theo PG-SGA. Đa phần người bệnh ung thư trong 1 tháng và 6 tháng gần đây đều có giảm cân. 25,9% có albumin giảm và 35,8% có mức protein toàn phần dưới 65 g/l. Người bệnh ung thư cần được phát hiện sớm các dấu hiệu của suy dinh dưỡng qua việc sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, từ đó cung cấp những can thiệp dinh dưỡng sớm, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình đã giúp đỡ, tạo điều kiện trong suốt quá trình thực hiện đề tài. Chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn chân thành đến các người bệnh đã tình nguyện tham gia nghiên cứu này. Chúng tôi cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021; 71(3): 209-249. doi: 10.3322/caac.21660.
2. Arends J and Bachmann P. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, *Clinical Nutrition*. 2016; 1(38).
3. Lin Y, Zheng Y, Wang H, et al. Global Patterns and Trends in Gastric Cancer Incidence Rates (1988–2012) and Predictions

to 2030, *Gastroenterology*.2021; 161(1): 116-127.doi: 10.1053/j.gastro.2021.03.023.

4. Yusefi A.R, Bagheri Lankarani K, Bastani P, et al. Risk Factors for Gastric Cancer - A Systematic Review, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*.2018; 19(3): 591-602. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.3.591

5. Nguyễn Thùy Linh, Dương Thị Phương, Trần Thị Giáng Hương, Nguyễn Thúy Nam (2017). Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016. *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*. 2017, 13(4), 8-15

6. Bauer J, Capra S, and Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *European journal of clinical nutrition*. 2002; 56(8): 779-785.

7. Lis CG, Grutsch JF, Vashi PG, et al. Is serum albumin an independent predictor of survival in patients with breast cancer? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2003; 27(1): 10-15.

8. Amin MB, Greene FL, Edge SB, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin*. 2017; 67(2): 93-99.

9. Nguyễn Thị Hương Lan, Tống Thị Mỹ Hoa, Phạm Văn Phú, và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng và thói quen ăn uống của bệnh nhân ung thư dạ dày trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2018-2019. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2020; 129(5): 263-269.

10. Trịnh Hồng Sơn. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày. *Tạp chí Y học thực hành*. 2013; 884(10):

23-28.

11. Nguyễn Thị Hằng, Nguyễn Anh Tuấn, Vũ Ngọc Anh và cộng sự. Đánh giá thực trạng dinh dưỡng của người bệnh trước và sau phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện TW Quân đội 108, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*. 2022; 13(4): 40-46.

12. Guo ZQ, Yu JM, Li W, et al. Survey and analysis of the nutritional status in hospitalized patients with malignant gastric tumors and its influence on the quality of life, *Supportive Care in Cancer*. 2020; 28(1): 373-380. doi: 10.1007/s00520-019-04803-3.

13. Zhang L, Wang S, Gao X, et al. Poor Pre-operative Nutritional Status Is a Risk Factor of Post-operative Infections in Patients With Gastrointestinal Cancer, *Frontiers in Nutrition*. 2022; 9(5): 123-129. doi: 10.3389/fnut.2022.850063.

14. Nguyễn Thị Thanh, Phạm Văn Phú, Trần Hiếu Học và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đại trực tràng trước và sau mổ 7 ngày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bạch Mai năm 2016-2017. *Tạp chí dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2017; 13(4): 125-132.

15. Đoàn Duy Tân, Lý Nhã Đàm, Phạm Thị Lan Anh. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước mổ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh năm 2018. *Tạp chí Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*. 2019; 23(2): 157-162.

16. Menon K., Razak S.A., Ismail K.A., et al. Nutrient intake and nutritional status of newly diagnosed patients with cancer from the East Coast of Peninsular Malaysia, *BMC Res Notes*. 2014; 7(1): 680-696. doi: 10.1186/1756-0500-7-680.



## Summary

### **NUTRITION STATUS IN PREOPERATIVE PATIENTS WITH GASTRIC CANCER AT THAI BINH PROVINCE'S GENERAL HOSPITAL 2021-2023**

Gastric cancer is the most common malignancy among all cancers. Nutritional status before surgery is an important factor, affecting the indications for treatment as well as the patient's recovery. The study assessed the nutritional status of 120 gastric cancer patients with surgical indications from 2021 to 2023 at Thai Binh Provincial General Hospital. Results: 34.2% of patients were malnourished according to BMI, the proportion of patients who lost weight  $\geq 5\%$  in the last 1 month was 16.7% and less than 5% was 71.6%. 76.6% of patients were at risk of malnutrition according to PG-SGA, of which PG-SGA C (severe SDD) was 15.8%. 25.9% of patients had decreased serum albumin ( $< 35$  g/L), 45.8% had anemia and 35.8% had protein less than 65g/L. Conclusion: The rate of malnourished gastric cancer patients, at risk of malnutrition before surgery was high. It is necessary to have timely and appropriate nutritional interventions to increase the effectiveness of treatment and quality of life for patients.

**Keywords:** Gastric cancer, PG-SGA, nutritional status, malnutrition.