

đái tháo nhạt thể trung ương hoặc rối loạn đáp ứng ống thận. Tuy nhiên, để xác định cơ chế bệnh sinh chính xác và tối ưu hóa điều trị, cần thêm nhiều nghiên cứu có đối chứng với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blietz CE, Doehn C, Sommerauer M, Suttman H, Jocham D. [Postoperative polyuria after laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma]. *Aktuelle Urol. Tháng Chín 2006*;37(5):369–71.
2. Tobe M, Ito K, Umeda S, Sato A, Adaniya N, Tanaka Y, và c.s. Severe polyuria after the

resection of adrenal pheochromocytoma. *Int J Urol. Tháng Chạp 2010*;17(12):1004–7.

3. Jougasaki M, Wei CM, Aarhus LL, Heublein DM, Sandberg SM, Burnett JC. Renal localization and actions of adrenomedullin: a natriuretic peptide. *Am J Physiol. Tháng Tư 1995*;268(4 Pt 2):F657–663.
4. Yasuda G, Umemura S, Jeffries WB. Effect of epinephrine on cAMP accumulation in cultured rat inner medullary collecting duct cells. *Am J Physiol. Tháng Hai 1997*;272(2 Pt 2):F192–197.
5. Boccara G, Mann C, Guillon G. Secretion of vasopressin from a human pheochromocytoma. *Ann Intern Med. 15 Tháng Sáu 1998*;128(12 Pt 1):1049.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHỦ KỲ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2023

Lê Thanh Toàn¹, Lê Vĩnh Hoàng Long², Cà Thị Mỹ Linh³,
Trần Ngọc Hoan¹, Dương Thị Ngọc Châu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân (BN) suy thận mạn (STM) đang lọc máu chủ kỳ (LMCK) tại Bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR) năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện 132 BN LMCK tại khoa Thận nhân tạo BVCR từ tháng 4/2023 đến tháng 5/2023. Đánh giá TTDD theo thang điểm SGA-DMS, BMI, các xét nghiệm cận lâm sàng. **Kết quả và bàn luận:** Theo SGA-DMS có 72,26% BN suy dinh dưỡng (SDD), theo BMI có 34,85% BN SDD. SDD liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố: học vấn, ăn trong LMCK, thời gian LMCK (>5 năm), có từ 2 bệnh lý kèm theo, giảm albumin, giảm prealbumin, giảm hemoglobin, giảm lympho. Các yếu tố giới tính, nghề nghiệp, bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp liên quan không có ý nghĩa thống kê với SDD. **Kết luận:** Tỷ lệ SDD ở BN STM LMCK rất cao, cần thực hiện các phương pháp tầm soát sớm, để can thiệp kịp thời.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, suy thận mạn, lọc máu chủ kỳ, SGA-DMS, BMI.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS AT CHO RAY HOSPITAL IN 2023

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trung tâm Y tế quận Phú Nhuận, Tp. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Quân Y 7A, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Toàn

Email: ck2hvyqylethan@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

Objective: This study aims to determine the nutritional status and associated factors in patients with chronic kidney disease (CKD) undergoing maintenance hemodialysis at Chợ Rẫy Hospital in 2023. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 132 patients receiving maintenance hemodialysis at Chợ Rẫy Hospital, from April 2023 to May 2023. Nutritional status was assessed using the Subjective Global Assessment-Dialysis Malnutrition Score (SGA-DMS), Body Mass Index (BMI), and various laboratory tests. **Results:** According to the SGA-DMS scale, 72.26% of patients were classified as malnourished, whereas BMI assessment indicated that 34.31% of patients had malnutrition. Statistically significant factors associated with malnutrition included educational level, eating during hemodialysis, duration of hemodialysis (>5 years), presence of at least two comorbidities, reduced albumin, reduced prealbumin, low hemoglobin levels, and decreased lymphocyte count. Conversely, gender, occupation, diabetes mellitus, and hypertension showed no statistically significant association with malnutrition. **Conclusion:** The prevalence of malnutrition among patients with CKD undergoing maintenance hemodialysis is alarmingly high. Early screening and timely nutritional interventions are necessary to improve patient outcomes.

Keywords: Nutritional status, chronic kidney disease, maintenance hemodialysis, SGA-DMS, BMI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (CKD=Chronic Kidney Disease) là một bệnh thường gặp. Tại Mỹ tỷ lệ người trưởng thành mắc bệnh khoảng 15%, trong đó 80% bệnh nhân không được chẩn đoán (1) và suy thận mạn giai đoạn cuối (ESRD=end - stage renal disease) khoảng 2/1000 với 71% lọc máu chủ kỳ và 29% được ghép thận.

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc STM khoảng 120 ca trên một triệu dân.

BN LMCK có tỷ lệ SDD rất cao: tác giả Hassanin[8] tại Ai Cập (71,4%), Lưu Xuân Ninh[5] BN SDD 71,5% Châu Thị Thảo Nguyên[4] (94,8%) và điều này ảnh hưởng đến chất lượng điều trị, chất lượng cuộc sống và tiên lượng của bệnh nhân.

Hiện nay có nhiều thang điểm đánh giá đánh giá TTDD được sử dụng trong lâm sàng. Thang điểm Subjective Global Assessment (SGA) sử dụng trong nhiều nghiên cứu để đánh giá TTDD của BN STM nhờ tính chất đơn giản, ít tốn kém và hiệu quả cao. Chúng tôi sử dụng SGA-DMS, là thang SGA được hiệu chỉnh cho BN STM đang LMCK trong nghiên cứu này.

Hỗ trợ quá trình đánh giá TTDD của BN lọc máu là BMI và các xét nghiệm cận lâm sàng (CLS): albumin, prealbumin, lymphocyte.

Bệnh viện Chợ Rẫy là bệnh viện hạng đặc biệt, khoa Thận nhân tạo (TNT) điều trị cho hàng trăm bệnh nhân mỗi ngày. Tuy nhiên tại đây chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về TTDD ở BN STM LMCK, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ SDD và các yếu tố liên quan đến SDD ở BN STM LMCK, làm tiền đề cho các nghiên cứu lâm sàng khác.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Thời gian: Tháng 4/2023 – tháng 5/2023.

Địa điểm: Khoa Thận nhân tạo-Bệnh viện Chợ Rẫy.

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

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

Trong đó: n: Số mẫu tối thiểu cần điều tra.

α : Xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05$.

Z: Trị số phân phối chuẩn, với độ tin cậy là

95%, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p: Tỷ lệ p được ước tính tham khảo theo tác giả Lưu Xuân Ninh[5] BN SDD 71,5%.

d: Sai số cho phép, $d = 0,1$.

Vậy, cỡ mẫu tối thiểu $n = 79$.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ các BN LMCK tại khoa TNT, BVCR phù hợp với tiêu chí chọn mẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 132 BN ghi nhận các kết quả:

3.1. Đặc điểm dân số xã hội

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số xã hội của BN

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	69	52,27
Nữ	63	47,73
Tuổi	X ± SD	GTNN-GTLN
	49,87 ± 15,24	19 – 85
Nhóm tuổi		
<40 tuổi	37	28,03
Từ 40 đến 59 tuổi	52	39,39
≥60 tuổi	43	32,58
Trình độ học vấn		
Dưới tiểu học	12	9,09
Tiểu học	23	17,42
THCS	54	40,92
THPT	28	21,21
Trên THPT	15	11,36
Nghề nghiệp		
Nghỉ hưu/Không đi làm	54	40,91
Buôn bán	19	14,39
Tự do	16	12,12
Viên chức	13	9,85
Công nhân	11	8,33
Nội trợ	9	6,82
Nông dân	5	3,79
Khác	5	3,79
An trong quá trình lọc máu		
Có	99	75
Không	33	25

3.2. Đặc điểm bệnh lý

Bảng 3.2: Đặc điểm bệnh lý của BN

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian lọc máu		
Dưới 1 năm	14	10,61
Từ 1 đến dưới 5 năm	55	41,67
Từ 5 đến dưới 10 năm	42	31,82
Từ 10 năm trở lên	21	15,91
Số bệnh lý kèm theo		
Có 1 bệnh kèm theo	61	46,21
Từ 2 bệnh trở lên	71	53,79
Bệnh lý kèm theo		
Tăng huyết áp	50	37,88
Khác	54	40,91
Đái tháo đường	106	80,30
Khác: viêm gan B, viêm gan C, gout, cường cận giáp, rối loạn lipid máu, bệnh lý dạ dày,...		

3.3. Kết quả cận lâm sàng

Bảng 3.3: Kết quả cận lâm sàng

Đặc điểm	Tần số (%)	GTNN- GTLN
Nồng độ Hemoglobin (g/dL)		
Giảm	98 (74,24)	6,2-15,4
Không giảm	34 (25,76)	
Số lượng tế bào lympho/mm ³		

Giảm	92 (69,70)	220-2650
Không giảm	40 (30,30)	
Albumin huyết thanh		
Giảm (<40 g/L)	71 (53,79)	29-50
Không giảm (≥40g/L)	61 (46,21)	

Prealbumin huyết thanh		
Giảm (<30 mg/dL)	74 (56,06)	2,39-54,48
Không giảm (≥30mg/dL)	58 (43,94)	

3.4. Tình trạng dinh dưỡng theo SGA-DMS VÀ BMI

Bảng 3.4: Đặc điểm TTDD theo SGA-DMS

Điểm số SGA-DMS	Tình trạng dinh dưỡng	Tần số (%)	$\bar{X} \pm SD$	GTNN-GTLN
7 – 10	Bình thường	38 (28,79)	13,97 ± 3,95	8 – 25
11 – 21	SDD nhẹ - trung bình	90 (68,18)		
22 – 35	SDD nặng	4 (3,03)		

BN SDD là 71,21% cao gấp 2,4 lần BN không SDD, tình trạng SDD nhẹ-trung bình là 68,18% phù hợp với điểm số trung bình theo nghiên cứu là 13,97 ± 3,95.

Bảng 3.5: TTDD theo BMI

BMI (kg/m ²)	Tình trạng dinh dưỡng	Tần số (%)	$\bar{X} \pm SD$	GTNN-GTLN
< 18,5	SDD	46 (34,85)	21,09 ± 3,98	15,22 – 41,39
18,5 – 24,9	Bình thường	69 (52,27)		
≥ 25	Thừa cân – Béo phì	17 (12,88)		

Chỉ số BMI trung bình là 21,09 ± 3,98, BN có chỉ số BMI trong khoảng bình thường chiếm ưu thế với 52,27%, BN có tình trạng SDD theo BMI là 46/132 với tỷ lệ 34,85%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số xã hội. Nghiên cứu được thực hiện trên 132 BN ghi nhận:

- Tỷ lệ nam và nữ 52,5% và 47,5%, tương tự với kết quả của tác giả Châu Thị Thảo Nguyên[4] 52,1% và 47,9%, Ngô Thị Hà[3] 51,1% và 48,9%, Akhlaghi[7] và cộng sự 52,8% và 47,2% (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$).

- Tuổi của BN 50,08 ± 15,27 thấp hơn so với kết quả tác giả Nguyễn Quang Dũng[1] 61,0 ± 16,44.

- BN tuổi > 40 tỷ lệ 72,26%, tác giả Châu Thị Thảo Nguyên[4] 87,5%, Ngô Thị Hà[3] 82%, cho thấy BN được phát hiện và điều trị sớm, và xu hướng trẻ hóa của BN STM.

- BN được LMCK 3 buổi/ tuần với mỗi buổi lọc máu kéo dài 4 giờ nhiều BN không đi làm hoặc làm việc tự do (67,47% gồm hưu/không đi làm: 40,91 buôn bán nhỏ: 14,39 làm nghề tự do: 12,12).

- 74,45% BN ăn trong quá trình lọc máu (25,55% BN không ăn) có thể do môi trường không phù hợp để ăn uống và trạng thái mệt mỏi.

4.2. Đặc điểm bệnh lý

- BN LMCK từ 5 năm trở lên là 48,18% tác giả Lưu Xuân Ninh[5] BN LMCK 61,2 ± 46,2 tháng, tác giả Châu Thị Thảo Nguyên[4] 44,8% bệnh nhân có TGML >4 năm.

- BN có >1 bệnh kèm theo, ưu thế là tăng huyết áp và đái tháo đường, chiếm 81,02% và 37,23%, Châu Thị Thảo Nguyên[4] (78,1% và

26,0%). THA và ĐTĐ là hai nguyên nhân dẫn tới BTM, cao trong các nghiên cứu.

4.3. Đặc điểm chỉ số xét nghiệm

- 75% BN giảm nồng độ hemoglobin. Điều này có thể giải thích vì thiếu máu là một trong những biến chứng thường gặp ở bệnh thận mạn, suy thận mạn giai đoạn cuối.

- 69,12% BN giảm tế bào lympho/mm³. Điều này có thể giải thích vì STM có thể có tình trạng viêm mạn tính, dẫn đến phản ứng quá mức, gây giảm số lượng tế bào lympho.

- 53,79% BN giảm albumin HT < 40g/L có thể giải thích bằng việc thất thoát albumin trong quá trình lọc máu. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn[6] 26,9% (<35g/L) có thể do khác biệt về lựa chọn điểm cắt.

- Prealbumin HT là 29,6 ± 8,8 mg/dL, có 56,06% BN giảm prealbumin HT <30 mg/dL. Kết quả nghiên cứu tương đồng với tác giả Nguyễn Duy Đông[2] là 29 ± 8 và giảm prealbumin là 57,6%.

4.4. Tình trạng dinh dưỡng của dân số nghiên cứu

4.4.1. TTDD theo chỉ số BMI. Kết quả của chúng tôi BMI trung bình là 21,07 ± 3,96, SDD theo chỉ số BMI là 34,85%. Kết quả của tác giả Lưu Xuân Ninh[5] là 26,5%, Nguyễn Văn Tuấn[6] 26,1%, và Ngô Thị Hà[3] 27,8%, có thể do chế độ ăn uống và thói quen sinh hoạt giữa các vùng miền và thời gian LMCK có khác biệt (LMCK <1 năm của nghiên cứu là 10,95%; của tác giả Ngô Thị Hà[3] 16,7%).

4.4.2. Tình trạng dinh dưỡng theo SGA-DMS. Nghiên cứu của chúng tôi điểm SGA-DMS trung bình là 13,9 ± 3,9 và BN SDD là 72,26%, BN SDD của tác giả Ngô Thị Hà[3] là 60,5%, Lưu

Xuân Ninh[5] là 75,5%, Nguyễn Quang Dũng[1] là 75,9% Châu Thị Thảo Nguyên[4] là 94,8% như vậy tỷ lệ SDD giữa các nghiên cứu có sự khác biệt có thể do cỡ mẫu và khu vực, địa phương lấy mẫu khác nhau, nhưng tỷ lệ SDD là rất cao.

Một số BN có BMI ở ngưỡng bình thường hoặc thậm chí là thừa cân – béo phì nhưng lại được phân loại là SDD theo SGA-DMS. Điều này có thể lý giải bởi chỉ số BMI chỉ cho thấy tình trạng BN tại thời điểm cân đo trong khi theo

SGA-DMS khi BN có tình trạng sụt cân trong 6 tháng qua càng nhiều thì điểm số càng cao, cho điểm số khi BN có tình trạng phù nề, đánh giá khả năng hoạt động, do đó tỷ lệ SDD theo phương pháp SGA-DMS trong nghiên cứu cao hơn so với SDD theo BMI.

4.5. Liên quan giữa TTDD theo SGA-DMS với các đặc điểm

4.5.1. Liên quan giữa TTDD theo SGA-DMS với các đặc điểm dân số xã hội

Bảng 4.1: Mối liên quan giữa TTDD theo PP SGA-DMS và các ĐĐ dân số xã hội

Đặc điểm	Tình trạng dinh dưỡng		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	SDD (%)	Không SDD (%)		
Giới tính				
Nam	46 (68,06)	23 (31,94)	0,227	1
Nữ	48 (76,92)	15 (23,08)		1,14 (0,92 – 1,42)
Nhóm tuổi				
<40 tuổi	21 (57,76)	16 (43,24)	0,062	1
40 – 59 tuổi	40 (76,92)	12 (23,08)		1,87 (0,98 – 1,87)
≥60 tuổi	33 (76,74)	10 (23,26)		1,81 (0,97 – 1,88)
Trình độ học vấn				
Dưới THPT	70 (79,57)	19 (20,43)	0,007	1,41 (1,06 – 1,88)
Từ THPT trở lên	24 (56,82)	19 (43,18)		1
Nghề nghiệp				
Đi làm	44 (68,75)	20 (31,25)	0,544	1
Nghỉ hưu, không đi làm, khác	50 (73,53)	18 (26,47)		0,94 (0,75 – 1,16)
An trong quá trình lọc máu				
Có	65 (65,66)	34 (34,34)	0,015	1
Không	29 (87,88)	4 (12,12)		1,34 (1,11 – 1,62)

- BN có trình độ học vấn dưới THPT có tỷ lệ SDD cao gấp 1,41 lần so với BNB có trình độ học vấn từ THPT trở lên, có giá trị thống kê với $p=0,005$ với KTC95% là 1,06 – 1,88.

- BN không ăn trong quá trình lọc máu có tình trạng suy dinh dưỡng gấp 1,34 lần BN ăn

trong quá trình lọc máu, có ý nghĩa thống kê với $p=0,015$.

- Mối liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp với TTDD không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

4.5.2. Liên quan giữa TTDD theo phương pháp SGA-DMS với các bệnh lý

Bảng 4.2: Mối liên quan giữa TTDD theo phương pháp SGA-DMS và các ĐĐ bệnh lý

Đặc điểm	Tình trạng dinh dưỡng		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	SDD (%)	Không SDD (%)		
Thời gian lọc máu				
<5 năm	39 (56,52)	30 (43,48)	<0,001	1
≥5 năm	55 (87,30)	8 (12,70)		1,54 (1,23 – 1,94)
Số bệnh lý kèm theo				
<2 bệnh	36 (59,02)	25 (40,98)	0,004	1
≥2 bệnh	58 (81,69)	13 (18,31)		1,38 (1,09 – 1,75)
Đái tháo đường				
Có	39 (78,00)	11 (22,00)	0,179	1
Không	55 (67,07)	27 (32,93)		0,86 (0,70 – 1,06)
Tăng huyết áp				
Có	77 (72,64)	29 (27,36)	0,464	1
Không	17 (65,38)	9 (34,62)		0,90 (0,66 – 1,21)

- Tỷ lệ SDD của BN có thời gian lọc máu từ 5 năm trở lên cao gấp 1,54 lần tỷ lệ SDD của BN

có thời gian lọc máu dưới 5 năm. Tỷ lệ SDD của BN có từ 2 bệnh kèm theo trở lên cao gấp 1,38

lần tỷ lệ SDD ở nhóm có dưới 2 bệnh kèm theo. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p là $<0,001$ (KTC95% 1,23 – 1,94) và 0,004 (KTC95% 1,090 – 1,75).

- Liên quan giữa tỷ lệ SDD theo tình trạng tăng huyết áp và ĐTĐ không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

- BN lọc máu từ 5 năm trở lên có tỷ lệ SDD 1,52 lần so với lọc máu dưới 5 năm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tác giả Ngô Thị Hà[3] BN SDD có tương quan thuận với thời gian LMCK.

4.5.3. Liên quan giữa TTDD theo phương pháp SGA-DMS với các chỉ số cận lâm sàng

Bảng 4.3: Liên quan giữa TTDD theo SGA-DMS và các chỉ số cận lâm sàng

Đặc điểm	Tình trạng dinh dưỡng		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	SDD (%)	Không SDD (%)		
Nồng độ hemoglobin				
Giảm	78 (79,59)	20 (20,41)	<0,001	1,69 (1,17 – 2,45) 1
Không giảm	16 (47,06)	18 (52,94)		
Số lượng tế bào lympho/mm ³				
Giảm	73 (79,35)	19 (20,65)	0,002	1,51 (1,11 – 2,07) 1
Không giảm	21 (52,50)	19 (47,50)		
Albumin huyết thanh				
Giảm	64 (90,14)	7 (9,86)	<0,001	1,83 (1,40 – 2,39) 1
Không giảm	30 (49,18)	31 (50,82)		
Prealbumin huyết thanh				
Giảm	59 (79,73)	15 (20,27)	0,015	1,32 (1,04 – 1,68) 1
Không giảm	35 (60,34)	23 (39,66)		

- BN SDD có giảm lympho/mm³ huyết thanh cao gấp 1,51 lần so với nhóm BN không giảm lympho/mm³ huyết thanh với $p=0,002$ (KTC 95% 1,11 – 2,07).

BN có kết quả xét nghiệm giảm nồng độ hemoglobin và albumin huyết thanh giảm có tỷ lệ SDD theo SGA-DMS cao hơn nhóm không giảm tương ứng, mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với p của cả 2 nhóm đều $<0,001$ và KTC95% lần lượt là 1,69 (1,17 – 2,45) và 1,83 (1,40 – 2,39).

- So với nhóm không giảm prealbumin huyết thanh thì nhóm giảm prealbumin huyết thanh có tỷ lệ SDD cao gấp 1,32 lần với $p=0,015$ (PR=1,32; KTC95% 1,04 – 1,68).

- BN hemoglobin giảm tỷ lệ SDD cao gấp 1,71 lần những BN hemoglobin không giảm, với $p<0,001$ và KTC 95% từ 1,18 đến 2,47.

- BN albumin huyết thanh giảm có tỷ lệ SDD cao gấp 1,81 lần BN không giảm, ($p<0,001$).

- BN giảm prealbumin có tỷ lệ SDD cao gấp 1,32 lần BN không giảm ($p=0,015$).

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng theo SGA-DMS là 72,26% (69,34% SDD nhẹ – trung bình và 2,92% SDD nặng). Tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng theo BMI là 34,85%.

2. Liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với các yếu tố:

+ Liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng và các yếu tố: trình độ học vấn, không ăn trong

quá trình LMCK, thời gian LMCK trên 5 năm, có hai bệnh kèm theo, hemoglobin giảm, tế bào lympho giảm, albumin huyết thanh giảm, prealbumin giảm ($p<0,05$) có ý nghĩa thống kê.

+ Liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng và các yếu tố: giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, đái tháo đường, tăng huyết áp ($p>0,05$) không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Dũng, Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Thị Văn Anh. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trung ương quân đội 108.
2. Nguyễn Duy Đông. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ bằng một số chỉ số nhân trắc và điểm suy dinh dưỡng lọc máu. Tạp chí Y - Dược học Quân sự 2019; số 6-2019:37-43.
3. Ngô Thị Hà, Trương Thị Thuỳ Dương, Trần Tuấn Vũ. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trung ương Thái nguyên. Tạp chí Y học Việt nam số 2-2021, tr 218-222.
4. Châu Thị Thảo Nguyên, Bùi Thị Hương Quỳnh, Nguyễn Bách, Dương Thị Kim Loan, Phạm Thị Lan Anh, Võ Văn Tâm. Tỷ lệ suy dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y học Việt Nam số 1-2024, tr 153-157.
5. Lưu Xuân Ninh, Nguyễn Quang Dũng, Phan Thạch Khuê. Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng năm 2020 - 2021. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 06/11 2022;17(2):18-26. doi:10.56283/1859-0381/71.

6. **Nguyễn Văn Tuấn.** Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt nam số 1-2021, tr 243-2479.
7. **Akhlaghi Z, Sharifipour F, Nematy M, et al.** Assessment of nutritional status in maintenance hemodialysis patients: A multicenter cross-sectional study in Iran. Semin Dial. Jan 2021;34(1):77-82. doi:10.1111/sdi.12917.
8. **Hassanin IA, Hassanein H, Elmenshawhy P, et al.** Malnutrition score and Body Mass Index as nutritional screening tools for hemodialysis patients. Clin Nutr ESPEN. Apr 2021;42:403-406. doi:10.1016/j.clnesp.2021.01.044.

CÁC RÀO CẢN TRONG ĂN UỐNG VÀ TÌNH TRẠNG CẤP THIẾT CẦN CAN THIỆP DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG ĐANG HÓA TRỊ

Lê Thị Ngọc Ánh¹, Tô Gia Kiên¹,
Nguyễn Văn Tập², Trần Thị Anh Tường³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ các rào cản trong ăn uống và tình trạng cấp thiết cần can thiệp dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng đang điều trị hóa trị tại bệnh viện Ung Bướu Thành Phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 218 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên bị ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đang điều trị hóa trị tại Bệnh viện Ung Bướu Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 10/2022-4/2023. Nghiên cứu loại ra những người bị tâm thần hoặc rối loạn nhận thức hoặc già yếu không có khả năng trả lời phỏng vấn. Tình trạng cấp thiết cần can thiệp dinh dưỡng được đánh giá qua bộ câu hỏi PG-SGA (Patient – Generated Subjective Global Assessment) khi tổng điểm PG-SGA ≥ 9 . **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung vị là 59 tuổi, nam chiếm 49,5% và 80,9% ở giai đoạn III – IV. Có 54,6% BN UTĐTT có tình trạng cấp thiết cần can thiệp dinh dưỡng. Các rào cản ăn uống được ghi nhận gồm mệt mỏi (54,6%), thiếu động lực ăn uống (51,8%), ăn kiêng vì sợ tế bào ung thư phát triển (50,5%), trầm cảm, lo lắng (41,3%), đau (38,1%), cảm giác no sớm, ngán (37,6%), chán ăn, ăn không ngon miệng (33,9%) và khô miệng (33,0%). Ngoài ra, các rào cản thay đổi vị giác hoặc mất vị giác, táo bón, buồn nôn, nôn, khó chịu với mùi, tiêu chảy, nhiệt miệng có tỉ lệ từ 14,2%-23,9%. Nghiên cứu cũng cho thấy những người từ 60 tuổi trở lên và người có thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng hoặc sống lệ thuộc có tình trạng cấp thiết cần can thiệp dinh dưỡng cao hơn những người dưới 60 tuổi và những người có thu nhập từ 5 triệu đồng/tháng trở lên ($p < 0,05$). **Kết luận và kiến nghị:** Tình trạng cấp thiết cần can thiệp dinh dưỡng ở Bệnh nhân UTĐTT đang điều trị hóa trị cao. Cần có biện pháp can thiệp

dinh dưỡng kịp thời và phù hợp với từng bệnh nhân và tình trạng bệnh lý của người bệnh. Trong đó cần chú trọng đến các rào cản trong ăn uống đã được tìm thấy và trên những người cao tuổi và những người có thu nhập thấp. **Từ khóa:** UTĐTT, PG-SGA, rào cản ăn uống, can thiệp dinh dưỡng

SUMMARY

BARRIERS TO FOOD INTAKE AND THE URGENT DEMAND FOR NUTRITIONAL INTERVENTION IN COLORECTAL CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

Objective: To determine the prevalence of dietary barriers and the urgent need for nutritional intervention among colorectal cancer (CRC) patients undergoing chemotherapy at Ho Chi Minh City Oncology Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 218 patients aged 18 years and older diagnosed with colorectal cancer and undergoing chemotherapy at Ho Chi Minh City Oncology Hospital from October 2022 to April 2023. Patients with mental disorders, cognitive impairments, or frailty that prevented them from participating in the interview were excluded. Nutritional status and the urgency of nutritional intervention were assessed using the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) tool, with a total PG-SGA score ≥ 9 indicating a critical need for intervention. **Results:** The median age of CRC patients was 59 years; 49.5% were male, and 80.9% were in stages III–IV. A total of 54.6% of CRC patients were found to be in urgent need of nutritional intervention. Reported food intake barriers included fatigue (54.6%), lack of appetite/motivation to eat (51.8%), restrictive diets due to fear of cancer cell growth (50.5%), depression or anxiety (41.3%), pain (38.1%), early satiety or feeling fed up with eating (37.6%), anorexia or poor appetite (33.9%), and dry mouth (33.0%). Additional barriers such as taste changes or loss of taste, constipation, nausea, vomiting, sensitivity to odors, diarrhea, and mouth sores were reported in 14.2% to 23.9% of patients. The study also found that patients aged 60 and above and those with monthly incomes under 5 million VND or who were dependent had significantly higher rates

¹Đại học Y Dược Tp.HCM

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Bệnh viện Ung Bướu Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Ngọc Ánh

Email: lengocanh309@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 26.6.2025