

được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS. 2024. 187

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American College of Obstetricians and Gynecologists.** Practice Bulletin No. 234: Prediction and prevention of preterm birth. Obstet Gynecol. 2023.
- Nguyễn Thị Anh, Nguyễn Thị Kim Tiến.** Thực trạng điều trị dọa đẻ non tại khoa sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2017. Tạp chí Khoa học & Công nghệ Đại học Thái Nguyên. 2019;194(1):175-180.
- Phạm Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Thu Hà, Trương Thị Thùy Dương.** Tỷ lệ đẻ non và một số yếu tố liên quan đến đẻ non tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;546(3): 116-20.
- Nguyễn Thị Thu Hương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết cục thai kỳ ở sản phụ dọa sinh non. Tạp chí Y học Thực hành. 2021; 113(3): 45-50.
- Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R.** Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008;371(9606):75-84.
- Dodd JM, Grivell RM, O'Brien CM, Dowswell T, de Cooy R.** Tocolysis for preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2014;8:CD004352.
- Nguyễn Thành Lâm.** Đánh giá sử dụng corticosteroid ở sản phụ dọa sinh non. Tạp chí Sản Nhi. 2020;67(4):12-18.
- Owen J, Berghella V, Alfirevic Z, et al.** Cerclage for short cervix on ultrasound. Cochrane Database Syst Rev. 2023;2:CD008991.
- Phạm Thị Oanh.** Hiệu quả phối hợp điều trị dọa sinh non. Tạp chí Y Học Thực Hành. 2019;110(4):40-45.
- Keshavarzi F, et al.** Combination of sildenafil citrate and nifedipine vs. nifedipine alone in threatened preterm labor: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(2).

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

Trần Quốc Cường¹, Trần Thị Phương Lan¹,
Công Huyền Tôn Nữ Bảo Liên¹, Nguyễn Thúy Vy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tần suất suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân trưởng thành điều trị nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 275 đối tượng là bệnh nhân trưởng thành đang điều trị nội trú tại 11 khoa lâm sàng bệnh viện Thống Nhất. Đối tượng được thu thập thông tin về tình trạng bệnh lý, đặc điểm chế độ ăn, được đo cân nặng chiều cao, được đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng công cụ GLIM. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng (GLIM) là 37,5% trong đó suy dinh dưỡng là 29,5% và suy dinh dưỡng nặng là 8,0%. Qua phân tích hồi quy logistic đa biến, các yếu tố gia tăng nguy cơ suy dinh dưỡng bao gồm tuổi với OR:1,03 (1,01-1,05), giảm kali máu với OR:2,76 (1,41-5,4), ngược lại bệnh nhân ăn cơm giảm nguy cơ suy dinh dưỡng với OR:0,26 (0,11-0,60) so với các thức ăn mềm khác (cháo, súp xay, sữa). **Kết luận:** Suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân nằm viện cần được quan tâm và có liên quan đến tuổi, tình trạng rối loạn điện giải và chế độ ăn. **Từ khóa:** suy dinh dưỡng, GLIM, yếu tố liên quan, bệnh viện, Việt Nam

SUMMARY

PREVALENCE OF MALNUTRITION BY GLIM

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Cường

Email: ttddcuong@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

CRITERIA AND ASSOCIATED RISK

FACTORS AMONG INPATIENTS AT THONG NHAT HOSPITAL IN 2025

Objective: The study aimed to determine the prevalence of malnutrition according to GLIM criteria and associated risk factors in inpatients at Thong Nhat Hospital. **Method:** Cross-sectional study on 275 adult patients being inpatients at 11 clinical departments of Thong Nhat Hospital. Subjects were collected information on their medical condition, dietary characteristics, measured for weight and height, and assessed for nutritional status using the GLIM tool. **Results:** The prevalence of malnutrition (GLIM) was 37,5%, of which malnutrition was 29,5% and severe malnutrition was 8,0%. Through multivariate logistic regression analysis, factors that increased the risk of malnutrition included age with OR= 1.03 (1.01-1.05), hypokalemia with OR= 2.76 (1.41-5.4), on the contrary, patients who ate rice had a reduced risk of malnutrition with OR= 0.26 (0.11-0.60) compared to other soft foods (porridge, blenderized soup, ONS). **Conclusion:** Malnutrition is a common problem in hospitalized patients that needs attention and is associated with age, electrolyte disturbances and diet.

Keywords: malnutrition, GLIM, associated risk factors, hospital, Viet Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân trong thời gian nằm viện. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Cường và cộng sự, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân trong thời gian nằm viện là 34,1% [1]. Suy dinh dưỡng dẫn đến

nhều hậu quả nghiêm trọng bao gồm chậm lành vết thương, tăng tỉ lệ nhiễm trùng bệnh viện, tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng tỉ lệ nhập viện, giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỉ lệ tử vong [2]. Do đó, việc sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng là một trong những yêu cầu bắt buộc đối với bệnh nhân trong thời gian nhập viện. Trên thế giới nhiều tiêu chí và công cụ được đề xuất, xây dựng dùng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng bao gồm chỉ số Albumin, chỉ số khối cơ thể BMI, công cụ Subjective Global Assessment (SGA), công cụ Mini Nutrition Assessment (MNA). Trong thời gian gần đây, một trong những công cụ được xây dựng, đề xuất sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng bởi các Hiệp hội dinh dưỡng trên thế giới đó là công cụ GLIM, viết tắt của Sáng kiến Lãnh đạo Toàn cầu về Suy dinh dưỡng (Global Leadership Initiative on Malnutrition) ra đời năm 2016. Thực hiện GLIM bao gồm 2 bước, xác định có suy dinh dưỡng hay không và xác định độ nặng của suy dinh dưỡng. Công cụ được đề xuất sử dụng rộng rãi trên thế giới trong đó có Việt Nam. Tại Việt Nam, Bộ Y tế cũng đã khuyến cáo sử dụng công cụ GLIM trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện [3]. Bệnh viện Thống Nhất là bệnh viện đa khoa hạng 1 trực thuộc Bộ Y tế với nhiều bệnh nặng nhập viện. Việc sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng đã được tích hợp vào bệnh án điện tử và luôn được thực hiện nghiêm túc để xác định tình trạng dinh dưỡng từ đó đưa ra các giải pháp can thiệp dinh dưỡng. Nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo công cụ mới GLIM, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định tần suất suy dinh dưỡng theo GLIM và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nằm viện tại bệnh viện Thống Nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang.

2.2. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại bệnh viện Thống Nhất trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại các khoa nội và ngoại đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đang trong tình trạng nặng, nguy kịch.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: số đối tượng cần thu nhập.

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

- $Z_{(1-\alpha/2)}$: Trị số phân phối chuẩn (với độ tin cậy 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$)

- d: Sai số biên cho phép của ước lượng trong nghiên cứu ($d=0,06$).

- p: Tỷ lệ suy dinh dưỡng bệnh nhân điều trị nội trú trong bệnh viện của tác giả Trần Quốc Cường và cộng sự là 34,1 % [1] Thay vào công thức, ta có: cỡ mẫu là 239.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện. Bệnh viện Thống Nhất có 24 khoa lâm sàng (chưa tính khoa hồi sức nội, hồi sức ngoại và cấp cứu) trong đó 14 khoa nội (chiếm tỉ lệ 58,3%) và 10 khoa ngoại (chiếm tỉ lệ 41,7%). Do đó chúng tôi chọn mẫu thuận tiện trong đó chọn thuận tiện 50% số khoa nội (7 khoa) và 50% số khoa ngoại (5 khoa) vào nghiên cứu. Để đạt được số mẫu theo dự kiến, chúng tôi tiếp cận 25 bệnh nhân tại mỗi khoa. Ở mỗi khoa, chúng tôi sẽ tiếp cận và chọn tất cả bệnh nhân có mặt ở thời điểm nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Thực tế nghiên cứu đã tiếp cận và thu thập mẫu được 275 bệnh nhân ở 6 khoa nội và 5 khoa ngoại.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu. Đối tượng được trích thông tin từ hồ sơ bệnh án (tuổi, giới, khoa điều trị, chẩn đoán, nồng độ kali, natri, nồng độ Hb), phỏng vấn loại thực phẩm đang dùng (cơm, cháo, sữa bệnh lý, súp xay), nguồn thực phẩm (tự túc, bảo ăn bệnh viện); Đo cân nặng, chiều cao, đánh giá khối cơ, hỏi tiền sử sụt cân; Trường hợp bệnh nhân không cân đo được, chúng tôi đo chiều dài cẳng chân và chu vi vòng cánh tay để ước lượng. BMI được ước từ chu vi vòng cánh tay theo công thức $BMI = MUAC (cm) \times 0,873 - 0,042$ [4], chiều cao được ước từ chiều dài cẳng chân với chiều cao (nam) = $2,12 \times$ chiều dài cẳng chân (cm) + 59,06. Chiều cao (nữ) = $2,09 \times$ chiều dài cẳng chân (cm) + 57,37 [5]. Từ thông số BMI và chiều cao ước, chúng tôi tính ra cân nặng.

Thiếu máu khi Hb < 12 g/dl ở nữ và < 13g/dl ở nam. Giảm Natri khi < 135mEq/L, tăng Natri khi $\geq 145mEq/L$, giảm Kali khi < 3,5mEq/L và tăng Kali khi > 5mEq/L. Suy dinh dưỡng theo Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) khi bệnh nhân có 1 tiêu chí nguyên nhân và 1 tiêu chí kiểu hình. Suy dinh dưỡng nặng theo GLIM khi bệnh nhân có sụt cân > 10% trong 6 tháng hoặc > 20% hơn 6 tháng, hoặc BMI < 16 nếu dưới 70 tuổi hoặc < 18,5 nếu > 70 tuổi, hoặc có giảm cơ nặng [6].

2.5. Phân tích thống kê. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi-Info và được xử lý bằng phần mềm STATA.

Đối với biến định tính, số liệu được trình bày bằng tần số, tỉ lệ. Đối với biến định lượng phân phối chuẩn, được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. Phân tích mối liên quan đơn biến bằng Chi-squared test cho biến định tính và t-test cho biến định lượng. Phân tích mối liên quan đa biến phương pháp hồi quy đa biến.

2.6. Y đức: Nghiên cứu được chấp thuận cho triển khai tại Bệnh viện Thống Nhất (Quyết định của Hội đồng đạo đức số 87/2025/CN-BVTN-HĐĐĐ ngày 9/6/2025).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số ca	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	63,5±17,4	Thấp nhất 14	Cao nhất 104	
	<60 tuổi	93	33,8	
	≥60 tuổi	182	66,2	
Giới tính	Nữ	135	49,1	
	Nam	140	50,9	
Khoa	Thận	30	10,9	
	Ung bướu	29	10,6	
	Ngoại thần kinh	26	9,5	
	Ngoại Gan-Mật-Tụy	25	9,1	
	Nội Cơ Khớp	25	9,1	
	Ngoại TMLN	25	9,1	
	Ngoại TH	25	9,1	
	Chấn thương chỉnh hình	24	8,7	
	Nội Thần Kinh	23	8,4	
	Nội tiết	22	8,0	
	Nội tim mạch	21	7,6	
	Phân loại	Nội khoa	150	54,6
		Ngoại khoa	125	45,4
Bệnh lý	Tăng huyết áp	132	48,0	
	Đái tháo đường	75	27,3	
	Ung thư	42	15,3	
	Suy thận	37	13,5	
	Dạ dày	37	13,5	
	Gan	17	6,2	
	Viêm phổi	14	5,1	
	Suy tim	12	4,4	
	Đại tràng	7	2,5	
	Tiết niệu	6	2,2	
	Khác	57	20,7	
	Số	Trung bình 3,2 bệnh	Thấp	Cao nhất:

Bảng 4: Mối liên quan giữa suy dinh dưỡng theo GLIM và các yếu tố liên quan qua phân tích đơn biến

Yếu tố	Nhóm	Tổng số	Không có nguy cơ SDD theo GLIM (N=172) n(%)	Có nguy cơ SDD theo GLIM (N=103) n(%)	OR (KTC 95%)	Trị số p
Khoa	Ngoại	125	75 (60,0%)	50 (40,0%)	1	0,502
	Nội	150	97 (64,7%)	53 (35,3%)	0,82 (0,5-1,34)	

bệnh	nhất: 0	10	
Cân đo	Cân đo được	202	73,5
	Không cân đo được	73	26,4

Nhận xét: Đa số đối tượng trong nghiên cứu trên 60 tuổi (chiếm tỉ lệ 66,2%), đối tượng phân bố đều ở 2 giới và phân bố đều giữa các khoa được khảo sát. Tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư, suy thận và viêm dạ dày là những bệnh lý thường gặp ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 2: Một số đặc điểm bệnh lý và chế độ ăn của đối tượng tham gia nghiên cứu

Tình trạng bệnh lý	Số ca	Tỷ lệ (%)
Tình trạng Natri máu		
Giảm Natri máu	55	20,0
Bình thường	218	79,3
Tăng Natri máu	2	0,7
Tình trạng Kali máu		
Giảm Kali máu	56	20,4
Bình thường	215	78,2
Tăng Kali máu	4	1,4
Tình trạng thiếu máu		
Không	129	46,9
Có	146	53,1
Loại thực phẩm		
Cơm	237	86,2
Cháo	85	30,9
ONS	27	9,8
Súp xay	5	1,8
Nguồn thực phẩm		
Chỉ tự túc	152	55,3
Chỉ báo ăn bệnh viện	90	32,7
Cả hai	17	6,2
Không xác định	16	5,8

Nhận xét: Giảm natri máu, giảm kali máu và thiếu máu là những vấn đề phổ biến ở đối tượng nghiên cứu. Chỉ có 32,7% đối tượng là đăng ký suất ăn bệnh viện hoàn toàn.

Bảng 3: Tỉ lệ suy dinh dưỡng theo GLIM của đối tượng tham gia nghiên cứu

Chẩn đoán SDD theo GLIM	Số ca	Tỷ lệ (%)
Chẩn đoán SDD (N=275)		
Không	172	62,6
Có	103	37,5
Chẩn đoán độ nặng của SDD (N=103)		
SDD	81	29,5
SDD nặng	22	8,0

Giới tính	Nữ	135	82 (60,7%)	53 (39,3%)	1	0,629
	Nam	140	90 (64,3%)	50 (35,7%)	0,86 (0,53-1,4)	
Thiếu máu	Không	129	89 (69,0%)	40 (31,0%)	1	0,051
	Có	146	83 (56,8%)	63 (43,2%)	1,69 (1,03-2,77)	
Giảm Natri máu	Không	210	149 (67,7%)	71 (32,3%)	1	0,001
	Có	65	23 (41,8%)	32 (58,2%)	2,92 (1,59-5,35)	
Giảm Kali máu	Không	202	148 (67,6%)	71 (32,4%)	1	0,001
	Có	73	24 (42,9%)	32 (57,1%)	2,78 (1,53-5,06)	
Số bệnh lý	Ít hơn 3	117	77 (65,8%)	40 (34,2%)	1	0,403
	Từ 3 trở lên	158	95 (60,1%)	63 (39,9%)	1,28 (0,78-2,10)	
Loại thực phẩm	Khác	38	11 (28,9%)	27 (71,1%)	1	<0,001
	Cơm	237	161 (67,9%)	76 (32,1%)	0,19 (0,09-0,41)	
Nguồn thực phẩm	Khác	185	116 (62,7%)	69 (37,3%)	1	1,000
	Bảo ăn	90	56 (62,2%)	34 (37,8%)	1,02 (0,61-1,72)	
Tuổi	Trung bình (\pm ĐLC)		60,31 \pm 17,42	68,96 \pm 15,91		<0,001
	Trung vị (P25–P75)		63,0 (50,8–72,0)	71,0 (61,0–79,0)		

Bảng 5: Môi liên quan giữa suy dinh dưỡng theo GLIM và các yếu tố liên quan qua phân tích hồi quy logistic đa biến

Yếu tố	Hệ số hồi quy	OR (KTC 95%)	Trị số p
Tuổi	0,032	1,03 (1,01-1,05)	0,001
Khoa [Nội/Ngoại]	-0,165	0,85 (0,47-1,54)	0,586
Giới [Nam/Nữ]	-0,215	0,81 (0,46-1,42)	0,457
Thiếu máu [Có/Không]	0,275	1,32 (0,74-2,35)	0,352
Giảm Natri máu [Có/Không]	0,769	2,16 (1,10-4,23)	0,025
Giảm Kali máu [Có/Không]	1,016	2,76 (1,41-5,40)	0,003
Số bệnh lý [≥ 3 / < 3]	0,091	1,09 (0,60-1,99)	0,766
Loại thực phẩm [cơm/khác]	-1,364	0,26 (0,11-0,60)	0,002
Nguồn thực phẩm [Bảo ăn/khác]	-0,184	0,83 (0,46-1,52)	0,547

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ suy dinh dưỡng theo GLIM trong nghiên cứu này (37,5%) gần tương đồng với tỉ lệ suy dinh dưỡng trong bệnh viện của người Châu Á trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống trong đó tỉ lệ suy dinh dưỡng theo GLIM ở người Châu Á trong 34 nghiên cứu là 41% [7]. Về nghiên cứu trong nước, tỉ lệ này cũng khá tương đồng với tỉ lệ suy dinh dưỡng chung ở người trưởng thành trong một nghiên cứu tại 6 bệnh viện đại diện cho thành phố Hồ Chí Minh trong đó tỉ lệ suy dinh dưỡng (được chẩn đoán theo SGA và BMI) là 34,1%. Khi so sánh với các nghiên cứu trong nước khác có sử dụng tiêu chuẩn GLIM cho thấy tỉ lệ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu

này thấp hơn nghiên cứu ở bệnh nhân tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội (44,9%) [8]. Ngoài ra tỉ lệ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu này cũng thấp hơn tỉ lệ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu ở người cao tuổi mắc COPD (53,8%) trong nghiên cứu của Võ Văn Tâm và cộng sự [9], sự khác biệt có thể là do nghiên cứu của Võ Văn Tâm và cộng sự thực hiện trên người cao tuổi và trên đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn (bệnh nhân mắc COPD). Tương tự, tỉ lệ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu này cũng thấp hơn tỉ lệ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu trên bệnh nhân mắc ung thư ống tiêu hóa trước phẫu thuật (60%) theo GLIM của tác giả Nguyễn Duy Đông và cộng sự [10]. Điều này có thể giải thích là do tỉ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân mắc ung thư đường tiêu hóa cao hơn so với các nhóm bệnh lý khác.

Xét về yếu tố nguy cơ của suy dinh dưỡng, trong nghiên cứu này, tuổi là yếu tố gia tăng nguy cơ suy dinh dưỡng. Kết luận này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác tại Việt Nam [1] và trên thế giới [2]. Bệnh nhân cao tuổi gia tăng nguy cơ suy dinh dưỡng do nhiều nguyên nhân khác nhau bao gồm lão hóa ở tất cả hệ cơ quan bao gồm hệ tiêu hóa từ đó giảm tiêu thụ và hấp thu các chất dinh dưỡng, mắc nhiều bệnh mạn tính không lây làm gia tăng phản ứng viêm, gia tăng quá trình dị hóa trong cơ thể, cuối cùng là sự thay đổi hệ nội tiết cũng ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng ở người cao tuổi.

Nghiên cứu cũng xác định bệnh nhân có chế độ ăn mềm (cháo, súp, sữa) gia tăng nguy cơ suy dinh dưỡng so với bệnh nhân có chế độ ăn cơm thông thường. Điều này có thể lý giải là do chế độ ăn mềm thường có năng lượng thấp hơn chế độ ăn cơm thông thường. Ngoài ra những đối tượng ăn chế độ ăn mềm thường đang trong tình trạng bệnh lý ảnh hưởng đến quá trình ăn

uống. Chính các bệnh lý này gia tăng phản ứng viêm làm gia tăng nhu cầu chuyển hóa dẫn đến gia tăng nguy cơ suy dinh dưỡng.

Nghiên cứu có một số ưu và nhược điểm. Về ưu điểm, nghiên cứu được thực hiện trên một mẫu trải đều các khoa lâm sàng nội và ngoại khoa do đó mang tính đại diện cao cho bệnh nhân tại bệnh viện Thống Nhất. Nghiên cứu được thực hiện cân đo trực tiếp bệnh nhân, được đánh giá tình trạng dinh dưỡng bởi các cử nhân dinh dưỡng được đào tạo chuyên về dinh dưỡng. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng có một số nhược điểm như chưa được thu thập số liệu trên bệnh nhân nặng ở khoa hồi sức nội và hồi sức ngoại do đó tỉ lệ có thể chưa đại diện hết cho bệnh viện đặc biệt là bệnh nhân nặng.

V. KẾT LUẬN KIẾN NGHỊ

Suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân tại bệnh viện Thống Nhất. Suy dinh dưỡng có liên quan chặt chẽ đến tuổi của bệnh nhân, tình trạng chế độ ăn và tình trạng bệnh lý trong đó có rối loạn điện giải. Do đó bệnh viện cần phải tăng cường công tác sàng lọc đánh giá tình trạng dinh dưỡng cả về số lượng và chất lượng để có thể kịp thời can thiệp tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân góp phần nâng cao chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cuong TQ, Banks M, Hannan-Jones M, Ngoc Diep DT, 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.
2. **Cass AR, Charlton KE.** Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants of nutritional deterioration during inpatient

- admissions: A systematic review of the evidence. *J Hum Nutr Diet.* 2022 Dec;35(6):1043-1058.
3. **Bộ Y tế.** Thông tư 32/2023/TT-BYT hướng dẫn Luật khám bệnh, chữa bệnh. Hà Nội, ngày 31 tháng 12 năm 2023.
 4. **Benítez Brito N, Suárez Llanos JP, Fuentes Ferrer M, Oliva García JG, Delgado Brito I, Pereyra-García Castro F, Caracena Castellanos N, Acevedo Rodríguez CX, Palacio Abizanda E.** Relationship between Mid-Upper Arm Circumference and Body Mass Index in Inpatients. *PLoS One.* 2016 Aug 5;11(8):e0160480.
 5. **Tu Huu Nguyen, Yen Ngoc Ma, Linh Thuy Nguyen.** A knee height equation for estimating height of Vietnamese adults. *Nutrition Research.* Volume 56, Number 6, November/December 2021.
 6. **Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD et al;** GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019 Feb;38(1):1-9.
 7. **Bian W, Li Y, Wang Y, Chang L, Deng L, Li Y, Jiang H, Zhou P.** Prevalence of malnutrition based on global leadership initiative in malnutrition criteria for completeness of diagnosis and future risk of malnutrition based on current malnutrition diagnosis: systematic review and meta-analysis. *Front Nutr.* 2023 Jul 4;10:1174945.
 8. **Lê Thị Hương, Lê Thị Thanh Xuân, Tạ Thanh Nga và cộng sự.** Tính giá trị và độ tin cậy của tiêu chuẩn chẩn đoán dinh dưỡng GLIM trên người bệnh tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Cộng đồng Việt Nam.* Tập 66, Số đặc biệt 4, 238-245.
 9. **Võ Văn Tâm, Phạm Thị Lan Anh, Phạm Lê An và cộng sự.** Tỷ lệ suy dinh dưỡng và điểm cắt góc pha ở người cao tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* Tập 65, số 6, trang 278-282.
 10. **Nguyễn Duy Đông, Nguyễn Thị Thúy An.** Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư ống tiêu hóa theo tiêu chuẩn GLIM tại bệnh viện Quân Y 103. *Tạp chí Y dược học Quân sự.* Số 2 năm 2025.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỬ TRONG DỰ ĐOÁN ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ HÓA XẠ TÂN HỒ TRỢ CỦA UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Lâm Thanh Ngọc¹, Lê Trương Quỳnh Giang²,
Nguyễn Thị Thanh Thiên², Võ Tấn Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố có ý nghĩa dự đoán độc lập và mô hình dự đoán đáp ứng hoàn toàn

về mô bệnh học của ung thư trực tràng với hoá xạ trị tân hỗ trợ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 92 bệnh nhân ung thư trực tràng được chụp cộng hưởng từ trước hóa xạ tân hỗ trợ với liệu trình dài, được phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Các yếu tố dự đoán độc lập cho đáp ứng hoàn toàn với hoá xạ trị tân hỗ trợ là các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ bao gồm: diện tích u lớn nhất nhỏ hơn hoặc bằng 5,2 cm² (OR = 5,3) và số lượng hạch nghi di căn trên cộng hưởng từ (OR = 0,77). Mô hình tiên lượng kết hợp cả hai đặc điểm

¹Đại học Y Dược TPHCM

²Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Thanh Ngọc

Email: dr.ngoclam@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025