5. **Varming A. R., Rasmussen L. B., Husted G. R.*, et al.* (2019).** "Improving empowerment, motivation, and medical adherence in patients with poorly controlled type 2 diabetes: A randomized controlled trial of a patient-centered intervention", *Patient Educ Couns*, 102(12), pp. 2238-2245.
6. **Wayne N., Perez D. F., Kaplan D. M.*, et al.* (2015).** "Health Coaching Reduces HbA1c in Type 2 Diabetic Patients From a Lower-Socioeconomic Status Community: A Randomized Controlled Trial", *J Med Internet Res*, 17(10), pp. e224.
7. **Wild S. H., Hanley J., Lewis S. C.*, et al.* (2016).** "Supported Telemonitoring and Glycemic Control in People with Type 2 Diabetes: The Telescot Diabetes Pragmatic Multicenter Randomized Controlled Trial", *PLoS Med*, 13(7), pp. e1002098.
8. **Xia S. F., Maitiniyazi G., Chen Y.*, et al.* (2022).** "Web-Based TangPlan and WeChat Combination to Support Self-management for Patients With Type 2 Diabetes: Randomized Controlled Trial", *JMIR Mhealth Uhealth*, 10(3), pp. e30571.
9. **Zheng Y., Ley S. H. and Hu F. B. (2018).** "Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications", *Nat Rev Endocrinol*, 14(2), pp. 88-98.
10. **Zhu X., Williams M., Finuf K.*, et al.* (2022).** "Home Telemonitoring of Patients With Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis and Systematic Review", *Diabetes Spectr*, 35(1), pp. 118-128.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH

Võ Trường Nhân[1], Nguyễn Minh Khoa[1], Lý Lâm Thục Nguyên[2], Trương Thanh Thiết[1], Trương Sơn[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư phổi trước phẫu thuật tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 110 người bệnh ung thư phổi (UTP) chuẩn bị phẫu thuật. Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp và hồ sơ bệnh án. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng BMI, albumin huyết thanh, và PG-SGA. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở người bệnh ung thư phổi trước phẫu thuật rất cao, trong đó đánh giá theo PG-SGA cho thấy 78,2% người bệnh bị SDD, gồm 67,3% mức độ vừa và 10,9% mức độ nặng. Tỷ lệ này thấp hơn khi đánh giá bằng BMI với 45,5% bệnh nhân có BMI < 18,5 kg/m², và 25,5% có albumin huyết thanh < 35 g/L. Các yếu tố liên quan đến SDD theo PG-SGA bao gồm tuổi ≥ 60 (nguy cơ cao hơn 1,32 lần; p = 0,01) và giai đoạn bệnh III trở lên (cao hơn 1,75 lần; p = 0,02). SDD ảnh hưởng đáng kể đến kết quả phẫu thuật: người bệnh suy dinh dưỡng có thời gian nằm viện trung vị 17 ngày, dài hơn so với 12,5 ngày ở nhóm không SDD (p = 0,002), và tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ cao gấp 3,07 lần (p < 0,001). **Kết luận:** Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân UTP trước phẫu thuật rất phổ biến, đặc biệt khi đánh giá bằng PG-SGA. Cần triển khai sàng lọc và can thiệp dinh dưỡng chuẩn hóa trước mổ nhằm giảm biến chứng và cải thiện kết quả điều trị. ***Từ khóa:*** *Suy dinh dưỡng; PG-SGA; Ung thư phổi; phẫu thuật.*

[1]*Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch*
[2]*Bệnh viện Phương Nam*
[3]*Đại Học Quốc Tế Hồng Bàng*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Khắc Đại
Email: dokhacdai@vmmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 7.1.2026
Ngày phản biện khoa học: 11.2.2026
Ngày duyệt bài: 4.3.2026

ABSTRACT

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH LUNG CANCER UNDERGOING PREOPERATIVE EVALUATION AT PHAM NGOC THACH HOSPITAL

Objective: To determine the prevalence of malnutrition and its associated factors among patients with lung cancer undergoing preoperative evaluation at Pham Ngoc Thach Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 110 lung cancer patients scheduled for surgical treatment. Data were collected through direct interviews and medical record reviews. Nutritional status was assessed using body mass index (BMI), serum albumin, and the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). **Results:** The prevalence of malnutrition among preoperative lung cancer patients was notably high. Based on the PG-SGA, 78.2% of patients were malnourished, including 67.3% with moderate malnutrition (PG-SGA B) and 10.9% with severe malnutrition (PG-SGA C). Lower prevalence rates were observed when assessed using BMI (45.5% with BMI < 18.5 kg/m²) and serum albumin (25.5% with albumin < 35 g/L). Factors significantly associated with malnutrition according to the PG-SGA included age ≥ 60 years (1.32-fold increased risk; p = 0.01; 95% CI: 1.05–1.65) and advanced disease stage (stage III or higher), which was associated with a 1.75-fold increased risk (p = 0.02; 95% CI: 1.11–2.76). Malnutrition also had a substantial impact on postoperative outcomes: malnourished patients had a

longer median hospital stay (17 vs. 12.5 days; p = 0.002) and a 3.07-fold higher risk of surgical site infection (p < 0.001; 95% CI: 1.38–6.80). **Conclusion:** Malnutrition is highly prevalent among lung cancer patients prior to surgery, particularly when assessed using the PG-SGA. Implementation of standardized preoperative nutritional screening and timely nutritional intervention is essential to reduce postoperative complications and improve surgical outcomes. ***Keywords:*** *Malnutrition; PG-SGA; Lung cancer; Surgery.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTP không chỉ là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư toàn cầu, mà còn là bệnh lý có tỷ lệ SDD cao, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng hồi phục, hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống [1]. Các nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ SDD ở bệnh nhân UTP có thể lên tới 85%, và SDD là yếu tố tiên lượng xấu liên quan đến tăng biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện và tăng tỷ lệ tử vong [2, 3]. Trong phẫu thuật ung thư, đặc biệt là phẫu thuật lồng ngực, tình trạng dinh dưỡng (TTDD) kém trước mổ làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ, chậm lành thương, kéo dài thời gian điều trị và chi phí y tế [4]. Ngược lại, việc đánh giá và can thiệp dinh dưỡng sớm giúp cải thiện miễn dịch, giảm biến chứng và thúc đẩy hồi phục sau phẫu thuật [5, 6]. Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (Thành phố Hồ Chí Minh) là một bệnh viện chuyên khoa bệnh phổi với số lượng người bệnh phẫu thuật hàng năm vào khoảng 1000 trường hợp/năm (năm 2020). Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào mô tả hệ thống về tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu nghiên cứu là xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh ung thư phổi trước phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh ung thư phổi trưởng thành được chỉ định cần phẫu thuật tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch năm 2025. Tiêu chuẩn chọn mẫu: người bệnh được chẩn đoán xác định UTP có chỉ định phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiến hành loại trừ người bệnh không thể giao tiếp, mắc các bệnh lý cấp cứu ảnh hưởng đánh giá dinh dưỡng và hồ sơ không đầy đủ.

2.2. Thiết kế và cỡ mẫu

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành với cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ dựa theo nghiên cứu của Lê Thị Thu Hà và cộng sự năm 2022 tại Bệnh viện K, cơ sở Tân Triều [7]) cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 92, thực tế thu được 110 bệnh nhân.

Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh được nhập viện trong thời gian tiến hành nghiên cứu và thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên đều được chọn vào nghiên cứu.

2.3. Công cụ và biến số

Thu thập dữ liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ công cụ soạn sẵn có cấu trúc, xem xét hồ sơ bệnh án(thời gian nằm viện, biến chứng sau phẫu thuật) và đo các chỉ số nhân trắc học (cân nặng, chiều cao). Thăm khám lâm sàng (khám lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù, báng bụng) và đánh giá TTDD theo PG-SGA.

- PG-SGA phân loại A–B–C: PG-SGA A (dinh dưỡng tốt): cân nặng ổn định hoặc tăng cân cách đây không lâu; không giảm khẩu phần ăn vào hoặc được cải thiện gần đây; không có bất thường về các chức năng, hoạt động trong 1 tháng qua.
- PG-SGA B (SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD): giảm 5% trong 1 tháng hoặc 10% trong 6 tháng; giảm tiêu thụ khẩu phần ăn; có sự hiện diện của các triệu chứng tác động đến dinh dưỡng; suy giảm các chức năng ở mức độ vừa phải; mất lớp mỡ dưới da hoặc khối lượng cơ vừa phải.
- PG-SGA C (SDD nặng): giảm >5% cân nặng trong 1 tháng hoặc >10% trong 6 tháng; thiếu nghiêm trọng về lượng khẩu phần ăn; có sự hiện diện của các triệu chứng tác động đến ăn uống; suy giảm các chức năng mức độ nặng hoặc suy giảm đột ngột; có dấu hiệu rõ ràng của SDD (mất lớp mỡ dưới da, teo cơ...).

2.4. Phân tích số liệu

Dữ liệu thu thập được nhập bằng phần mềm Epi-data và phân tích bằng phần mềm Stata 17.0

Phân tích thống kê mô tả và thống kê phân tích bao gồm tần suất, tỷ lệ phần trăm và kiểm định Chi bình phương, Fisher's test để so sánh các biến định tính. Các mối liên hệ giữa SDD và các yếu tố khác sẽ được phân tích bằng mô hình hồi quy logistic và tương quan Pearson. Mối tương quan có ý nghĩa khi p<0,05.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành sau khi đã được xem xét và phê duyệt bởi Hội đồng Khoa học và Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng, cũng như Ban Giám đốc và Hội đồng Đạo đức tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Toàn bộ quá trình nghiên cứu tuân thủ theo các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh được quy định bởi Tuyên bố Helsinki và các hướng dẫn thực hành đạo đức nghiên cứu tại Việt Nam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 110 người bệnh ung thư phổi trưởng thành được chỉ định cần phẫu thuật tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch năm 2025, qua thống kê và phân tích ghi nhận những kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm dân số – xã hội

Bảng 3.1 Đặc điểm dân số – xã hội của đối tượng tham gia (n=110)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nữ	46	41,8
Nam	64	58,2
Tuổi		
TB ± ĐLC (GTNN- GTLN)	61 ± 12 (21-90)	
Nhóm tuổi		
<60 tuổi	41	37,3
≥60 tuổi	69	62,7
Trình độ học vấn		
Cấp 1	16	14,5
Cấp 2	41	37,3
Cấp 3 và trên cấp 3	53	48,2
Nghề nghiệp		
Công chức, viên chức	29	26,4
Công nhân	12	10,9
Nội trợ	23	20,9
Khác (làm nông, buôn bán tự do, nghỉ hưu…)	46	41,8
Tình trạng hôn nhân		
Kết hôn	106	96,4
Độc thân	4	3,6
Khác	0	0
Dân tộc		
Kinh	110	100
Khác	0	0

Trong 110 người bệnh tham gia nghiên cứu, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (58,2% so với 41,8%). Tuổi trung bình của đối tượng là 61 ± 12 tuổi, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm đa số (62,7%). Phần lớn người bệnh có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên (85,5%), đa số đã kết hôn (96,4%). Nghề nghiệp chủ yếu là lao động tự do và nghỉ hưu (41,8%). Tất cả người bệnh đều thuộc dân tộc Kinh

3.2. Chỉ số bệnh lý - cận lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng tham gia (n=110)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý kèm theo		
Không	53	48,2
Có	57	51,8
Tăng huyết áp	46	80,7
Đái tháo đường	17	29,8
Khác	13	22,8
Giai đoạn ung thư		
Giai đoạn 0	0	0
Giai đoạn I	12	10,9
Giai đoạn II	8	7,3
Giai đoạn III	66	60,0
Giai đoạn IV	24	21,8
Nồng đô hemoglobin (g/dL) TB ± ĐLC: **12,1 ± 1,7,** GTNN-GTLN: **6,4 – 15,5**		
Giảm	64	41,8
Không giảm	46	58,2
Số lượng tế bào lympho/mm³ TB ± ĐLC: 1744 ± 753**,** GTNN-GTLN: 460 – 4290		
Giảm (<1500/mm³)	41	37,3
Không giảm (≥1500/mm³)	69	62,7
Albumin huyết thanh TB ± ĐLC: 37,8 ± 4,9**,** GTNN-GTLN: 18,7 – 48,0		
<35 g/L (SDD)	28	25,5
≥35 g/L (Không SDD)	82	74,5
Nhiễm trùng vết mổ		
Không	50	45,4
Có	60	54,6
Thời gian nằm viện (ngày)		
Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	16 (12 – 24)	

Kết quả cho thấy phần lớn người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển (III–IV) và có tỷ lệ bệnh lý kèm theo cao, phản ánh đặc điểm thường gặp ở bệnh nhân ung thư phổi trước phẫu thuật. Tình trạng giảm hemoglobin và giảm tế bào lympho chiếm tỷ lệ khá cao và khoảng 1/4 đối tượng nghiên cứu có tình trạng suy dinh dưỡng theo chỉ số albumin huyết thanh, cho thấy mức độ thiếu hụt protein huyết tương nhẹ đến trung bình ở một bộ phận người bệnh ung thư phổi trước phẫu thuật.

3.3. Tỷ lệ suy dinh dưỡng

Bảng 3.3 Phân loại mức độ suy dinh dưỡng theo PG-SGA và BMI

Tình trạng dinh dưỡng (PG-SGA)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không SDD (PG-SGA A)	24	21,8
SDD vừa (PG-SGA B)	74	67,3
SDD nặng (PG-SGA C)	12	10,9
Chỉ số khối cơ thể (BMI) (kg/m²) TB ± ĐLC: 19,0 ± 1,8**,** GTNN-GTLN: 13,7 – 26,0		
Thừa cân – béo phì	1	0,9
Bình thường	59	53,6
Suy dinh dưỡng	50	45,5

Kết quả cho thấy gần một nửa người bệnh bị suy dinh dưỡng theo BMI, phản ánh thể trạng gầy, dự trữ năng lượng thấp, heo đánh giá bằng

thang điểm PG-SGA có 78,2% người bệnh có tình trạng suy dinh dưỡng ở các mức độ khác nhau, trong đó mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (67,3%), cho thấy suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân ung thư phổi trước phẫu thuật.

3.4. Các yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng

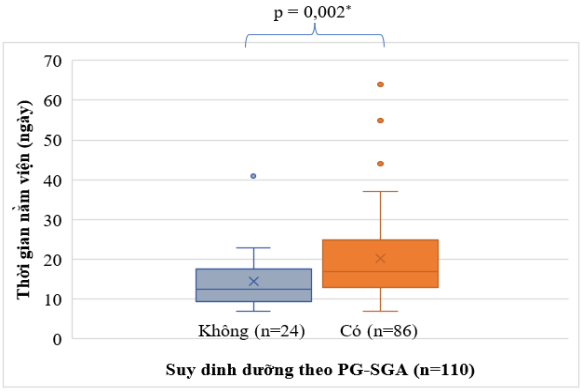
Bảng 3.4. Hồi quy đa biến xác định yếu tố liên quan độc lập với suy dinh dưỡng (n = 110)

Đặc điểm	PR thô (KTC 95%)	PR hiệu chỉnh (KTC 95%)	Giá trị p*
Tuổi ≥ 60	1,45 (1,12–1,88)	1,32 (1,05–1,65)	**0,01**
Có bệnh kèm	1,17 (0,96–1,44)	1,10 (0,91–1,34)	0,18
Giai đoạn ≥ III	1,90 (1,16–3,10)	1,75 (1,11–2,76)	**0,02**
Albumin < 35 g/L	1,25 (0,98–1,60)	1,20 (0,93–1,55)	0,09
Lympho< 1500/mm³	1,21 (1,00–1,46)	1,18 (0,97–1,42)	0,08

**: Phân tích hồi quy Poisson*

Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu, tuổi ≥ 60 và giai đoạn bệnh ≥ III là hai yếu tố liên quan độc lập với suy dinh dưỡng (p < 0,05).

3.5. Ảnh hưởng của suy dinh dưỡng đến kết quả phẫu thuật



*Kiểm định Mann-Whitney

Biểu đồ 3.4: Biểu đồ hộp so sánh thời gian nằm viện giữa nhóm bệnh nhân có suy dinh dưỡng và không suy dinh dưỡng theo PG-SGA (n=110)

Nhóm có suy dinh dưỡng có trung vị thời gian nằm viện 18 ngày (IQR: 14 – 25), trong khi nhóm không suy dinh dưỡng chỉ 12 ngày (IQR: 9 – 16). Kết quả kiểm định Mann–Whitney U cho thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Như vậy, suy dinh dưỡng trước phẫu thuật có ảnh hưởng đáng kể đến thời gian hồi phục, làm kéo dài thời gian nằm viện sau phẫu thuật ung thư phổi.

Bảng 3.5. Suy dinh dưỡng trước phẫu thuật theo PG-SGA và tình trạng nhiễm trùng vết mổ (n=110)

Đặc điểm	Nhiễm trùng vết mổ		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có (n=60)	Không (n=50)		
SDD trước PT theo PG-SGA Có Không	55 (64,0) 5 (20,8)	31 (36,0) 19 (79,2)	3,07 (1,38 – 6,80)	**<0,001**

Kết quả cho thấy tình trạng suy dinh dưỡng trước phẫu thuật theo PG-SGA có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng nhiễm trùng vết mổ (p < 0,001). Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ở nhóm suy dinh dưỡng là 64,0%, cao gấp khoảng 3,07 lần so với nhóm không suy dinh dưỡng (20,8%) (PR = 3,07; KTC 95%: 1,38 – 6,80). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cao (p < 0,001). Như vậy, suy dinh dưỡng trước phẫu thuật là yếu tố nguy cơ rõ rệt làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ở bệnh nhân ung thư phổi.

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp đánh giá dinh dưỡng PG-SGA là công cụ được khuyến nghị sử dụng rộng rãi cho NB ung thư và đã được tích hợp vào phác đồ can thiệp dinh dưỡng ở nhiều quốc gia [8]. Công cụ này cho phép đánh giá toàn diện tình trạng dinh dưỡng thông qua nhiều khía cạnh: sụt cân, giảm khẩu phần ăn, các triệu chứng tiêu hóa, suy giảm chức năng vận động, bệnh lý và yếu tố làm tăng nhu cầu chuyển hóa (như sốt, sử dụng corticoid), cũng như thăm khám lâm sàng bao gồm teo cơ, mất mỡ dưới da và tình trạng phù hoặc cổ chướng [8]. Tỷ lệ SDD trong nghiên cứu dựa trên PG-SGA là 78,2% (n=86) với 67,3% NB có tình trạng SDD mức độ vừa (PG-SGA B). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mơ 74,4% [9] và cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Thu Hà 39,0% [6]. Mặc dù có sự khác nhau về tỷ lệ SDD theo PG-SGA giữa các nghiên cứu nhưng nhìn chung tỷ lệ này đa phần vẫn cao, đặc biệt đều cao hơn tỷ lệ SDD theo chỉ số BMI. Thực tế, nhiều NB có BMI ở giới hạn bình thường tuy nhiên lại được phân loại SDD theo PG-SGA. Điều này có thể lý giải bởi các chỉ số nhân trắc chỉ cho thấy TTDD của NB tại thời

điểm cân đo trong khi sự sụt giảm cân nặng hoặc mất khối cơ, mỡ cần thời gian dài để biểu hiện. Bằng chứng cho thấy, tỷ lệ SDD theo BMI trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,5% trong khi 100% NB đã có tình trạng sụt cân không chủ ý trong vòng 6 tháng và 75,5% NB sụt cân không chủ ý trong vòng 1 tháng qua, phản ánh tác động tích lũy của suy kiệt dinh dưỡng do bệnh tiến triển

SDD trước phẫu thuật ở NB ung thư phổi ảnh hưởng đến chức năng hệ thống miễn dịch, chữa lành vết thương dẫn đến tăng biến chứng sau phẫu thuật, thời gian nằm viện kéo dài và giảm tỷ lệ sống sót [5]. Kết quả khảo sát của chúng tôi cho thấy NB SDD theo PG-SGA có thời gian nằm viện trung vị 17 ngày, cao hơn đáng kể so với nhóm không SDD 12,5 ngày, với giá trị p = 0,002. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ở nhóm NB được đánh giá SDD trước phẫu thuật theo PG-SGA cao gấp 3,07 lần so với nhóm không SDD (64% so với 20,8%, p<0,001). Tương tự, Hazer và cộng sự báo cáo tỷ lệ nhiễm trùng vết sau mổ ở nhóm SDD tiền phẫu theo chỉ số tiên lượng dinh dưỡng (PNI) là 38,1%, cao hơn tỷ lệ này ở nhóm không SDD 15,5% [2]. Như vậy, tình trạng SDD trước phẫu thuật ảnh hưởng tiêu cực đến thời gian nằm viện và tình trạng nhiễm trùng. Việc phát hiện sớm và can thiệp dinh dưỡng kịp thời có thể góp phần giảm biến chứng sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện tiên lượng cho NB ung thư phổi có chỉ định phẫu thuật.

Ngoài nhiễm trùng vết mổ, các biến chứng khác như viêm phổi sau mổ, tràn khí màng phổi, chảy máu, hoặc rối loạn điện giải cũng được ghi nhận nhiều hơn ở nhóm SDD. Những biến chứng này không chỉ kéo dài thời gian hồi phục mà còn làm tăng chi phí điều trị và tỷ lệ tái nhập viện, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh ung thư phổi trước phẫu thuật là 78,2%, trong đó 67,3% ở mức SDD vừa (PG-SGA mức B) và 10,9% ở mức SDD nặng (PG-SGA mức C).Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư phổi trước phẫu thuật theo PG-SGA với các đặc điểm tuổi và giai đoạn bệnh. Người bệnh ung thư phổi có suy dinh dưỡng theo PG-SGA có thời gian nằm viện dài hơn so với nhóm không SDD và tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ở nhóm SDD cao hơn so với nhóm không SDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung Hyuna, Ferlay Jacques, Siegel Rebecca L., Laversanne Mathieu, 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*, 209-249.
2. **Hazer Seray, Gülhan Selim Şakir Erkmen, Solak Necati, Yenibertiz Derya, et al.** The effect of prognostic nutritional index in postoperative infection following lobectomy in non-small cell lung cancer patients. *Cureus*, 2023, *15*, e37611.
3. **Pilikidou Maria, Palyvou Foteini, Papadopoulou Sousana K, Tsiouda Theodora, et al.** Lung cancer, treatment and nutritional status. *Molecular Clinical Oncology*, 2021, *15*, 248.
4. **Polański Jacek, Chabowski Mariusz, Świątoniowska-Lonc Natalia, Dudek Krzysztof, et al.** Relationship between nutritional status and clinical outcome in patients treated for lung cancer. *Nutrients*, 2021, *13*, 3332.
5. **A Werblińska, D Zielińska, L Szlanga, P Skrzypczak, et al.** The Impact of Nutritional Support on Outcomes of Lung Cancer Surgery—Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*, 2025, *14*, 3197.
6. **Polański Jacek, Natalia Świątoniowska-Lonc, Sylwia Kołaczyńska, and Mariusz Chabowski.** Diet as a Factor Supporting Lung Cancer Treatment—A Systematic Review. *Nutrients*, 2023, *15*, 1477.
7. **Lê Thị Thu Hà, Nguyễn Bích Huyền , Đào Văn Tủ, và Nguyễn Vinh Hiển.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư phổi điều trị nội trú tại Bệnh viện k, cơ sở Tân Triều năm 2021. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 2022, *18*, 50-56.
8. **Arends Jann, Bachmann Patrick, Baracos Vickie, Barthelemy Nicole, et al.** ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical nutrition*, 2017, *36*, 11-48.
9. **Nguyễn Thị Mơ, Vũ Thị Quý, Nguyễn Quang Dũng, Trần Thị Thu Huyền, và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư phổi điều trị kết hợp hóa trị và xạ trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023, *533*, 187-191.