

gian phẫu thuật trung bình $144 \pm 38,2$ phút. Tai biến trong mổ 2,17%, biến chứng 13%, tử vong sau mổ 2,17%. Thời gian điều trị sau mổ trung bình $11,9 \pm 2,8$ ngày. Kết quả chung: Tốt 86,96%, trung bình 10,87%, kém 2,17%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quang Bộ (2017)**, Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn có hóa chất kết hợp, Luận án tiến sĩ, Đại học Huế- Trường đại học Y dược, Huế.
2. **Vũ Hải (2009)**, Nghiên cứu chỉ định các phương pháp phẫu thuật, hoá chất bổ trợ và đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện K, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
3. **Thái Nguyễn Hưng (2020)**, Đánh giá kết quả

chẩn đoán và điều trị xuất huyết tiêu hóa cao, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện K.

4. **Kim Young-II and Ju Choi II (2013)**, "Endoscopic management of tumor bleeding from inoperable gastric cancer", Clin Endosc. 48, tr. 121-127.
5. **Lei Wang , .et al. (2015)**, "Long-term outcomes after radical gastrectomy in gastric cancer patients with overt bleeding", World J Gastroenterol. 21(47), tr. 13316-13324.
6. **Lucian Mocan, .et al. (2013)**, "Long Term Outcome Following Surgical Treatment for Distal Gastric Cancer", J Gastrointestin Liver Dis. 22(1), tr. 53-58.
7. **Sheibani, S et al.(2013)**, "Natural history of acute upper GI bleeding due to tumours: short-term success and long-term recurrence with or without endoscopic therapy." Alimentary pharmacology & therapeutics vol. 38(2), tr 144-150.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUA MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ

Lê Thị Ngọc Ánh*, Dương Thị Hương**, Nguyễn Văn Tập***, Phạm Công Chí****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ và các mức độ suy dinh dưỡng (SDD) của bệnh nhân (BN) ung thư bệnh viện Đa Khoa Long An theo chỉ số khối cơ thể (BMI), Albumin và lympho bào máu. Xác định các yếu tố liên quan đến SDD theo BMI. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, trên 118 BN ung thư điều trị nội trú tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa Long An, từ tháng 4 -9/2020; Có chẩn đoán ung thư, có xét nghiệm về Albumin máu, lympho bào máu. **Kết quả:** Tuổi trung vị BN (66 tuổi), nam 61%; sống tại nông thôn 63,5%. Đánh giá theo lympho bào máu, tỷ lệ 72,9% SDD (nặng 17%; nhẹ và vừa 56,9%). Đánh giá theo Albumin, tỷ lệ 70,3% SDD (nặng 8,5%; nhẹ và vừa 61,8%). Đánh giá theo BMI, tỷ lệ 55,1% SDD (nặng 19,5%; nhẹ và vừa 35,6%). Yếu tố nơi chốn, giảm chức năng vận động và albumin có liên quan đến SDD theo BMI. Người ở thành thị ít bị SDD hơn nông thôn OR=0,5 (KTC95% 0,2-0,9). Những BN bị giảm chức năng vận động mắc SDD cao gấp 3,2 lần so với người không bị giảm chức năng vận động (OR=3,2, KTC95% (1,5-6,8)). BN có albumin <35g/l mắc SDD cao gấp 2,4 lần so với người có albumin ≥ 35 g/l (OR=2,4 (KTC95% 1,1-5,4)). **Kết luận:** Đa số BN ung thư bị SDD. Cần tăng cường tư vấn, can thiệp dinh dưỡng kịp thời, đầy đủ. Cần phối hợp nhiều

phương pháp đánh giá dinh dưỡng khác nhau để kịp thời phát hiện sớm tình trạng SDD của BN.

Từ khóa: ung thư, SDD, BMI, Albumin, lympho bào máu

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF CANCER PATIENTS BEING TREATMENT AT THE HOSPITAL BY SEVERAL ASSESSMENT TOOLS

Objectives: To determine the nutritional status of cancer patients inpatient treatment at Long An General Hospital according to body mass index (BMI), Albumin and lymphocytes blood. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was performed on 118 cancer patients who were inpatient treatment at the Oncology Department of Long An General Hospital from April to September, 2020 with inclusion criteria being diagnosed with cancer. They have test results on blood Albumin, blood lymphocytes, and have the ability to contact, and they can answer interview questions. **Results:** The median age of patients was 66 years old, male accounted for 61%, the majority lived in rural areas 63.5%. Assessed by blood lymphocytes, the rate of 72.9% malnutrition (severe 17%; mild and moderate 56.9%). Assessed by Albumin, the rate of malnourished 70.3% (severe 8.5%; mild and moderate 61.8%). Assessed by BMI, the rate of 55.1% malnourished (severe 19.5%; mild and moderate 35.6%). Location factors, reduced motor function and albumin are associated with malnutrition according to BMI. People in urban areas are less malnourished than in rural areas OR=0.5 (CI 95% 0.2-0.9). Patients with reduced motor function have malnutrition 3.2 times higher than those without reduced motor function (OR=3.2, 95% CI (1.5-6.8)). Patients with albumin <35g/l had malnutrition 2.4

*Viện Y tế Công cộng Tp.HCM

**Bệnh Viện Đa khoa Long An

*** Khoa Y Dược, Trường Đại Học Trà Vinh

****Trung tâm Y tế Huyện Tân Hưng, Long An

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Hương

Email: duong.thihuong1002@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2021

Ngày duyệt bài: 16.7.2021

times higher than those with albumin ≥ 35 g/l (OR=2.6 (CI95% 1.1-5,4)). **Conclusion:** Most cancer patients are malnourished. It is necessary to strengthen timely and adequate nutrition counseling and intervention. It is necessary to combine many different nutritional assessment methods to promptly detect the patient's malnutrition status early.

Keywords: cancer, malnutrition, BMI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là tình trạng thường gặp nhất ở BN ung thư. Theo Sa' nchez-Lara (2013) có đến 40–80% BN ung thư bị SDD ở các mức độ khác nhau, theo loại u, vị trí, giai đoạn bệnh và chiến lược điều trị. SDD ở BN ung thư làm gia tăng chi phí nằm viện, tăng nhiễm trùng bệnh viện, giảm đáp ứng với hóa trị và tăng tử vong [2]. Hiện nay, có nhiều phương pháp đánh giá mức độ SDD, giúp phát hiện sớm hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời cho người bệnh. Nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu sau:

-Xác định tỉ lệ và các mức độ SDD của BN ung thư điều trị nội trú bệnh viện đa Khoa Long An theo chỉ số khối cơ thể (BMI), Albumin và lympho bào máu.

-Xác định các yếu tố liên quan đến BN suy dinh dưỡng theo BMI.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các BN ung thư đang nội trú tại khoa Ung bướu của BVĐK Long An

Phương pháp nghiên cứu: mô tả điều tra cắt ngang.

Cỡ mẫu: chọn mẫu toàn bộ 118 BN từ 01/04 đến 31/09/2020.

Tiêu chuẩn chọn vào: Người bệnh được chẩn đoán ung thư, có thể đứng và cân đo được và có khả năng tiếp xúc và trả lời câu hỏi phỏng vấn. Hồ sơ bệnh án có đầy đủ kết quả xét nghiệm về Albumin máu, lympho bào máu.

Tiêu chuẩn loại ra: người bệnh không đồng

Bảng 2. Thay đổi cân nặng trong 6 tháng theo các nhóm bệnh ung thư (n=118)

Loại ung thư	Giảm dưới 5% n (%)	Giảm từ 5-10% n (%)	Giảm > 10% n (%)	Tăng < 5% n (%)	Tổng n (%)
Phổi	13 (54,2)	7 (29,2)	4 (16,6)	0 (0,0)	24 (20,3)
Gan	4 (26,7)	5 (33,3)	6 (40,0)	0 (0,0)	15 (12,7)
Dạ dày	6 (28,6)	9 (42,8)	5 (23,8)	1 (4,8)	21 (17,8)
Đại tràng	7 (33,3)	9 (42,9)	2 (9,5)	3 (14,3)	21 (17,8)
Miệng, hầu, amidan	3 (33,3)	4 (44,5)	2 (22,2)	0 (0,0)	9 (7,6)
Cổ tử cung, buồng trứng	3 (42,9)	4 (57,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (5,9)
Tụy, túi mật	5 (55,6)	4 (44,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (7,6)
Khác	5 (41,6)	5 (41,6)	2 (16,8)	0 (0,0)	12 (10,2)
Tổng	46 (39,0)	47 (39,8)	21 (17,8)	4 (3,4)	118 (100,0)

Tỉ lệ BN ung thư giảm >10% trọng lượng cơ thể trong 6 tháng là 17,8%, trong đó gặp nhiều ở nhóm bệnh gan, dạ dày, miệng, hầu, amidan và phổi. Phần lớn BN ung thư giảm 5-10% cân nặng trong 6 tháng chiếm 39,8%.

ý tham gia nghiên cứu.

Thu thập số liệu: hồ sơ bệnh án BN, thông tin chẩn đoán bệnh; phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi; Cân đo, xét nghiệm về Albumin máu và lympho bào máu,

Kiểm soát sai lệch thông tin. Tuân thủ nguyên tắc chọn mẫu; thống nhất các phương pháp thu thập và phỏng vấn bộ câu hỏi.

Các biến số đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD)

- Theo BMI (kg/m²): SDD nặng (<16), SDD nhẹ, vừa (16-18,49), bình thường (18,5 -22,99), thừa cân, béo phì; Thừa cân, béo phì ≥ 23 [5].

-Theo Albumin (g/l): bình thường (35-48), SDD mức độ nhẹ, vừa (21-34), SDD nặng (< 21) [3],[8].

-Theo lympho bào máu (tế bào/mm³): Bình thường (5000–1800), SDD nhẹ, vừa (900-1700), SDD nặng (<900) [7].

Xử lý số liệu: nhập liệu bằng Epidata 3.1, phân tích bằng stata 13.0. Phân tích: sử dụng kiểm định chi bình phương, với $\alpha < 0,05$.

Y đức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học kỹ thuật của BVĐK Long An. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện; không có yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe BN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Các đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới (n= 118)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi: Trung vị (khoảng tứ phân vị) 66 (58-74) tuổi		
≤ 60 tuổi	36	30,5
>60 tuổi	82	69,5
Giới: Nam		
	72	61,0
Nữ		
	46	39,0

Phần lớn BN trên 60 tuổi chiếm 69,5%, nam nhiều hơn nữ 61%.

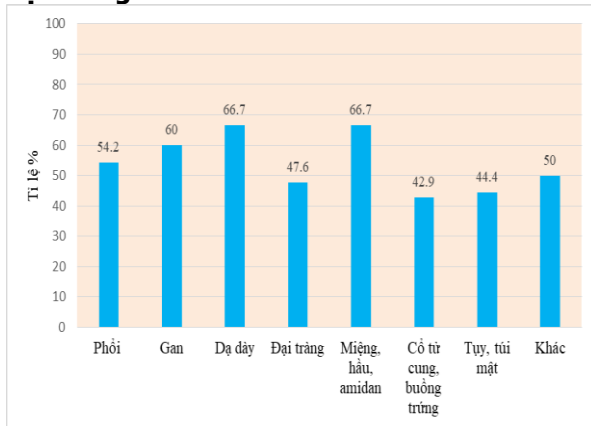
3.2 Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI, Albumin và lympho bào máu

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng theo BMI, Albumin và lympho bào máu (n=118)

Đánh giá SDD	Suy dinh dưỡng			Bình thường	Thừa cân, béo phì
	SDD chung SL (%)	SDD nặng SL (%)	SDD nhẹ-vừa SL (%)		
Theo BMI (kg/m ²)	65 (55,1)	23 (19,5)	42 (35,6)	45 (38,1)	8 (6,8)
Theo Albumin (g/L)	83 (70,3)	10 (8,5)	73 (61,8)	35 (29,7)	0
Theo lympho bào máu (tế bào/mm ³)	86 (72,9)	20 (17,0)	66 (56,9)	32 (27,1)	0

Tỉ lệ SDD theo các đánh giá giao động từ 55,1%-72,9%. Trong đó cao nhất là đánh giá theo Albumin và thấp nhất là BMI. Tỉ lệ SDD nặng theo các phương pháp giao động từ 8,5%-19,5% và phần lớn BN bị SDD nhẹ, vừa từ 35,6%-61,8%.

Tỉ lệ SDD (theo BMI) của từng nhóm bệnh ung thư



Biểu đồ 1. Tỉ lệ SDD (theo đánh giá BMI) của từng nhóm bệnh ung thư (n=118)

Theo đánh giá BMI thì tỉ lệ SDD ở các nhóm bệnh ung thư giao động từ 44,4% đến 66,7%. Trong đó SDD cao nhất ở nhóm bệnh ung thư miệng, hầu, amidan và ung thư dạ dày và gan.

3.3 Các yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng theo đánh giá BMI

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến SDD theo đánh giá BMI ở BN ung thư (n=118)

Các yếu tố	Số BN bị SDD/tổng số (%)	p	OR KTC95%
Tuổi			
≤60 tuổi	17/36 (47,2)	0,25	1
>60 tuổi	48/82 (58,5)		1,6(0,7-3,5)
Giới			
Nam	38/72 (52,8)	0,52	1
Nữ	27/46 (58,7)		1,3(0,6-2,7)
Nơi chốn			
Nông thôn	47/75 (62,7)	0,02	1
Thành thị	18/43 (41,9)		0,5(0,2-0,9)
Trình độ học vấn			
≤Cấp 1	47/75 (62,7)		1
Cấp 2	11/25 (44,0)	0,10	0,5(0,2-1,8)
≥ cấp 3	7/17 (41,2)	0,11	0,4(0,1-1,2)

Kinh tế			
Nghèo- cận nghèo	14/24(58,3)	0,72	1
Trung bình-khá	51/94(54,3)		0,8(0,3-2,1)
Bệnh lý kèm theo			
Không	22/35 (62,9)	0,27	1
Có	43/83 (51,8)		0,6(0,3-1,4)
Stress			
Không	13/22 (59,1)	0,67	1
Có	52/96 (54,2)		0,8(0,3-2,1)
Triệu chứng bệnh dạ dày ruột			
Không	36/72(50,0)	0,16	1
Có	29/46(63,0)		1,7(0,8-3,6)
Giảm cân trong 6 tháng			
Tăng < 5% và giảm < 5%	27/50(54,0)		1
Giảm từ 5-10%	27/47(57,5)	0,73	1,2(0,5-2,6)
Giảm > 10%	11/21(52,4)	0,90	0,9(0,3-2,6)
Giảm chức năng vận động			
Không	21/53(39,6)	0,02	1
Có	44/65(67,7)		3,2(1,5-6,8)
Albumin			
≥35g/l	14/35(40,0)	0,03	1
<35g/l	51/83(61,4)		2,4(1,1-5,4)
Lympho bào máu			
5000-1800 tế bào/mm ³	14/35 (40,0)		1
900-1700 tế bào/mm ³	42/73(57,5)	0,66	0,8(0,3-2,2)
<900 tế bào/mm ³	9/10 (90,0)	0,62	0,8(0,2-2,3)

Các yếu tố có liên quan đến SDD ở BN ung thư gồm nơi chốn, giảm chức năng vận động và albumin (p<0,05). Trong đó, những người ở thành thị ít bị SDD hơn ở nông thôn với OR=0,5 (KTC95% 0,2-0,9). Những BN bị giảm chức năng vận động bị SDD cao gấp 3,2 lần so với người

không bị giảm chức năng vận động (OR=3,3, KTC95% (1,5-6,8)). Những người có albumin <35g/l có nguy cơ bị SDD cao gấp 2,6 lần với OR=2,4 (KTC95% 1,1-5,4) so với những người có albumin \geq 35g/l.

Các yếu tố không có mối liên quan với SDD gồm tuổi, giới, nơi chốn, trình độ học vấn, kinh tế, có bệnh lý kèm theo, stress, triệu chứng dạ dày ruột, giảm cân trong 6 tháng, lympho bào máu ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung vị của BN trong nghiên cứu là 66 tuổi, nam 61%; đa số ở nông thôn 63,5%. Theo Trịnh Hồng Sơn, cs (2013) cho thấy có 40% BN ung thư dạ dày trên 60 tuổi; trong đó nam 74% và có 44% ở tại nông thôn [3].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy có 17,8% BN giảm >10% cân nặng trong 6 tháng, trong đó gặp nhiều ở nhóm bệnh ung thư gan, dạ dày, miệng, hậu, amidan và phổi. Phần lớn BN ung thư trong nghiên cứu này giảm 5-10% cân nặng trong 6 tháng chiếm 39,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sa' nchez-Lara và cộng sự (2013) với 24,6% BN giảm >10% cân nặng và 38,7% BN giảm 5-10% cân nặng trong 6 tháng trước điều trị [2].

Tỉ lệ SDD ở BN ung thư theo các phương pháp đánh giá khác nhau trong nghiên cứu của chúng tôi giao động từ 55,1% đến 72,9%. Trong đó tỉ lệ SDD tìm thấy cao nhất qua phương pháp đánh giá lympho bào máu và thấp nhất là BMI. Do không có một tiêu chuẩn vàng nào để chẩn đoán TTDD cho từng người bệnh vì vậy cần phải kết hợp nhiều phương pháp đánh giá để không bỏ sót người bệnh bị SDD nhằm có kế hoạch can thiệp kịp thời.

Đánh giá TTDD theo BMI trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ SDD là 55,1% thấp nhất so với các phương pháp đánh giá khác và có 6,8% BN bị thừa cân, béo phì. Theo nghiên cứu của Judith và cộng sự (2003) BN ung thư SDD có thể có chỉ số BMI trong phạm vi khỏe mạnh hoặc thừa cân, vì lượng mỡ trong cơ thể che dấu sự mất khối lượng nạc của cơ thể[1]. Tương tự, Tangvik và cộng sự (2015) đã sàng lọc 3279 BN tại bệnh viện cho thấy 49% BN ung thư được đánh giá là có nguy cơ SDD, số lượng BN có nguy cơ SDD vẫn có BMI ở mức bình thường hoặc thừa cân và thường độ tuổi 60–80 [4].

Cũng theo đánh giá BMI thì tỉ lệ SDD ở các nhóm bệnh ung thư trong nghiên cứu chúng tôi giao động từ 44,4% đến 66,7%. Trong đó, SDD cao nhất ở nhóm bệnh ung thư miệng, hậu,

amidan (66,7%) và ung thư dạ dày (66,7%) và gan (60%). Kết này phù hợp với nghiên cứu của Sa' nchez-Lara và cộng sự (2013) cho thấy có 40–80% BN ung thư bị SDD ở các mức độ khác nhau, tùy thuộc vào phân loại khối u, vị trí, giai đoạn bệnh [2].

Bên cạnh các phương pháp đánh giá khác thì albumin, hemoglobin và cholesterol toàn phần là những dấu hiệu sinh học hữu ích để đánh giá tình trạng SDD ở người bệnh. Tỉ lệ SDD qua Albumin (<35g/l) trong nghiên cứu của chúng tôi là 70,3%, trong đó SDD nặng là 8,5%, SDD nhẹ, vừa là 61,8%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn và cộng sự (2013) có 8,4% BN ung thư dạ dày bị SDD với albumin < 35 g/l[3]. Điều này có thể do tình trạng bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nặng hơn, cũng như có các bệnh đồng mắc nhiều do đó tỉ lệ SDD cao hơn. Hiện nay đang có nhiều tranh cãi về độ nhạy của albumin trong việc đánh giá dinh dưỡng bởi vì có nhiều tác nhân ngoài dinh dưỡng có thể ảnh hưởng đến sự suy giảm nồng độ albumin như: tình trạng nhiễm trùng, viêm, bệnh lý gan.

Số lượng lympho bào cũng được xem như biện pháp hữu ích để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và kết cục của BN. Tỉ lệ SDD đánh giá theo lympho bào máu trong nghiên cứu của chúng tôi là 72,9%, trong đó SDD nặng là 17% và SDD nhẹ, vừa là 56,9%. Theo nghiên cứu của Gunarsa và cộng sự (2011) cho thấy mức giảm số lượng lympho bào máu có liên quan đến diễn tiến của SDD, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong của BN nằm viện. Bên cạnh đó, nó còn có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tử vong ở người lớn tuổi [7]. Nghiên cứu này cũng cho thấy có sự tương quan giữa số lượng lympho bào máu và các chỉ số dinh dưỡng khác như BMI, albumin. Có sự tương quan giữa tình trạng SDD với số lượng lympho bào <1200/mm³ máu; có tương quan giữa SDD nặng và số lượng lympho bào <900/mm³ máu. Như vậy, sự phân loại các mức độ SDD dựa theo lympho bào máu chỉ là tương đối, nhưng khi số lượng lympho bào máu <900/mm³ thì báo hiệu một tình trạng SDD nặng cần có những biện pháp can thiệp dinh dưỡng kịp thời, nghiên cứu cũng đề xuất nên kết hợp đánh giá TTDD theo lympho máu với các phương pháp đánh giá khác[7]. Lympho bào máu là một xét nghiệm nằm trong công thức máu thường quy, nên dễ dàng có được kết quả để đánh giá. Tuy nhiên giá trị của lympho bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như: nhiễm trùng, bệnh bạch cầu và các thuốc ức chế miễn dịch. Vì vậy, độ nhạy và độ đặc hiệu

của phương pháp đánh giá dinh dưỡng này không cao, cần kết hợp với các phương pháp đánh giá khác.

Cũng theo đánh giá BMI thì tỉ lệ SDD ở các nhóm bệnh ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi giao động từ 44,4% đến 66,7%. Trong đó SDD cao nhất ở nhóm bệnh ung thư miệng, hầu, amidan (66,7%) và ung thư dạ dày (66,7%) và gan (60%). Kết này phù hợp với nghiên cứu của Sanchez-Lara và cộng sự (2013) cho thấy có 40–80% BN ung thư bị SDD ở các mức độ khác nhau, tùy thuộc vào phân loại khối u, vị trí, giai đoạn bệnh [2].

Kết quả phân tích các yếu tố liên quan đến SDD cho thấy, BN ở thành thị ít bị SDD hơn ở tại nông thôn OR=0,5 (KTC95% 0,2-0,9) và những BN bị giảm chức năng vận động có nguy cơ bị SDD cao gấp 3,3 lần so với người không bị giảm chức năng vận động (OR=3,3, KTC95% (1,5-7,3)). Điều này có thể vì ở khu vực thành thị BN có điều kiện chăm sóc ăn uống hơn ở nông thôn. Và BN ung thư bị giảm chức năng vận động như làm việc giảm hoặc thậm chí nằm hoàn toàn trên giường lâu ngày dẫn đến cơ thể mệt mỏi, chán ăn có thể dẫn đến nguy cơ bị SDD cao.

Kết quả phân tích của chúng tôi cũng cho thấy người bệnh có albumin <35g/l có nguy cơ SDD theo đánh giá BMI cao gấp 2,6 lần so với người có albumin >35 g/l (OR=2,6 (KTC95% 1,1-6,0)). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kuzuya và cộng sự (2006) cho thấy có mối liên quan giữa BMI và Albumin ($p < 0,0001$), trong đó có 62,1% người có BMI <18,5kg/m² có albumin <35g/l [8].

Tuy nhiên, kết quả chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa tổng số lympho bào máu và giảm cân trong 6 tháng với SDD theo đánh giá BMI. Kết quả này khác với nghiên cứu Gunarsa và cộng sự (2011) cho thấy có mối liên quan đáng kể giữa SDD nặng với tổng số lympho bào máu <900 tế bào/mm³ ($p = 0,02$) [7]. Sự khác nhau này có thể là do Gunarsa sử dụng phương pháp đánh giá dinh dưỡng chủ quan toàn diện (SGA) [7], khác với chúng tôi đánh giá qua BMI.

Bên cạnh đó kết quả chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa tình trạng giảm cân trong 6 tháng với SDD theo đánh giá BMI. Kết quả này phù hợp Judith và cộng sự (2003) cho thấy trên những BN đã bị sụt cân trung bình 6,9% cân nặng trong sáu tháng trước vẫn có BMI là 23,8 kg/m² [1]. Như vậy, cho thấy nếu chỉ đánh giá theo BMI thì có thể bỏ sót nhiều BN bị SDD cần can thiệp dinh dưỡng.

Ngoài ra, nghiên cứu chúng tôi cũng không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới, nơi chốn, trình độ học vấn, kinh tế, có bệnh lý kèm theo, stress, triệu chứng dạ dày ruột với SDD ($p > 0,05$). Theo nghiên cứu của Zang và cộng sự (2019) cho thấy những người bị SDD có nguy cơ bị trầm cảm nặng gấp 2,53 lần so với những người không bị SDD (OR = 2,53, KTC 95% 1,23–5,24, $p = 0,01$), tuy nhiên Zang cũng không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới, dân tộc, giai đoạn ung thư, loại ung thư, hoạt động thể thất, sinh hoạt hàng ngày (ADL), sự hỗ trợ của xã hội với SDD ở BN ung thư [6].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ SDD ở BN ung thư theo các phương pháp đánh giá BMI, Albumin và Lympho bào máu khá cao giao động từ 55,1% đến 72,9%.

Kiến nghị: Cần tăng cường công tác tư vấn, can thiệp dinh dưỡng kịp thời cho BN này. Cần phối hợp nhiều phương pháp đánh giá TTDD khác nhau để không bỏ sót người bệnh cần can thiệp dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bauer Judith BSc, Capra Sandra BSc (2003)** "Comparison of a malnutrition screening tool with subjective global assessment in hospitalised patients with cancer - sensitivity and specificity". *Asia Pacific J Clin Nutr* 12 (3), 257-260.
- Sánchez-Lara K, Ugalde-Morales E, and Motola-Kuba D (2013)** "Gastrointestinal symptoms and weight loss in cancer patients receiving chemotherapy". *British Journal of Nutrition*, 109(5), page 894-897.
- Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Bá Anh, Lê Minh Hường, Nguyễn Thanh Long (2013)** "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày". *Y học thực hành* 884- số 10, 3-7.
- Tangvik Tell GS RJ, Guttormsen AB et al (2015)** "Nutritional risk profile in a university hospital population. *Clin Nutr* 34, 705-711".
- WHO (2004)** "Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies". *The Lancet*, Vol 363, 157-463.
- Zhang, X, Sharma SV Pang L, Li R, Nyitray AG, Edwards BJ (2019)** "Prevalence and factors associated with malnutrition in older patients with cancer". *Journal of Geriatric Oncology*, 10, 763-769.
- Gunarsa RG, Simadibrata M, Syam AF, Setiati S, Rani AA (2011)** "Total Lymphocyte Count as a Nutritional Parameter in Hospitalized Patients". *The Indonesian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Digestive Endoscopy*, Volume 12, Number 2, pp 89-94.
- Kuzuya M, Enoki H, Okada K, Iguchi A (2007)** "Is serum albumin a good marker for malnutrition in the physically impaired elderly?". *Clinical Nutrition* 26, 84-90.