

ĐẶC ĐIỂM TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY SAU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VÀ HÓA TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Hữu Thiện^{1*}, Phạm Khánh Hưng¹, Hà Văn Trí¹, Vũ Huy Bôn¹

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân (BN) ung thư dạ dày (UTDD) sau điều trị phẫu thuật, hóa trị tại Bệnh viện Quân y 103. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 60 BN UTDD được điều trị phẫu thuật và hóa trị 6 chu kỳ phác đồ FOLFOX (3/2024 - 3/2025). **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước hóa trị là 30%; tỷ lệ suy dinh dưỡng sau hóa trị cao hơn trước hóa trị ($p < 0,001$). Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy tuổi ≥ 60 (OR = 9,0), chế độ dinh dưỡng tự túc (OR = 21,0), giai đoạn muộn III - IV (OR = 5,7), mô bệnh học không phải type ruột (OR = 6,6) và PNI < 45 trước điều trị (OR = 25,6) là các yếu tố liên quan với tình trạng suy dinh dưỡng sau hóa trị. **Kết luận:** Tình trạng suy dinh dưỡng của người bệnh UTDD sau phẫu thuật và hóa trị chiếm 30,00 - 36,67%. Các yếu tố nguy cơ chính gồm tuổi cao, chế độ dinh dưỡng tự túc, giai đoạn bệnh muộn, thể mô bệnh học không phải type ruột và PNI thấp.

Từ khóa: Ung thư dạ dày; Hóa trị; Suy dinh dưỡng; PNI; BMI.

CHARACTERISTICS OF NUTRITIONAL STATUS IN GASTRIC CANCER PATIENTS FOLLOWING SURGICAL TREATMENT AND CHEMOTHERAPY AT MILITARY HOSPITAL 103

Abstract

Objectives: To describe the characteristics of nutritional status in gastric cancer patients following surgery and chemotherapy at Military Hospital 103. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 60 gastric cancer

¹Khoa Hóa trị, Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Hữu Thiện (huuthienk71@gmail.com)

Ngày nhận bài: 08/10/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 24/11/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i1.1736>

patients who underwent surgery and received 6 cycles of adjuvant chemotherapy with the FOLFOX regimen (3/2024 - 3/2025). **Results:** The rate of malnutrition before chemotherapy was 30%; the prevalence of malnutrition after chemotherapy was higher than before chemotherapy ($p < 0.001$). Logistic regression analysis revealed risk factors for malnutrition after chemotherapy, including age ≥ 60 years (OR = 9.0), self-provided diet (OR = 21.0), advanced stage III - IV disease (OR = 5.7), non-intestinal histology (OR = 6.6), and baseline PNI < 45 (OR = 25.6). **Conclusion:** The prevalence of malnutrition among gastric cancer patients after surgery and chemotherapy ranged from 30.00 - 36.67%. Major risk factors include older age, self-provided diet, advanced disease stage, non-intestinal histology, and low PNI.

Keywords: Gastric cancer; Chemotherapy; Malnutrition; PNI; BMI.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh ung thư đường tiêu hóa phổ biến, đứng thứ 6 về tỷ lệ mắc mới và thứ 3 về tử vong trên toàn cầu [1]. Phẫu thuật và hóa trị đóng vai trò quan trọng trong điều trị đa mô thức, song thường gây ra nhiều tác dụng phụ, trong đó suy dinh dưỡng vừa là đặc điểm nhưng cũng là biến chứng do điều trị hóa trị gây ra. Trong mối quan hệ tương tác, suy dinh dưỡng làm giảm khả năng dung nạp hóa trị, tăng biến chứng khác, kéo dài thời gian nằm viện và giảm thời gian sống thêm [2]. Nhiều nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ suy dinh dưỡng ở BN UTDD trong và sau hóa trị dao động từ 40 - 70% [3, 4]. Ở Việt Nam, dữ liệu còn hạn chế, đặc biệt sau khi hoàn tất chu kỳ hóa

trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: (1) *Xác định tình trạng suy dinh dưỡng ở BN UTDD sau phẫu thuật và hóa trị; (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng của nhóm BN trên.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 60 BN được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật UTDD, được điều trị hóa chất tại Khoa Hóa trị, Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 3/2024 - 3/2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN > 18 tuổi; được chẩn đoán xác định UTDD và điều trị phẫu thuật; điều trị 6 đợt hóa chất sau phẫu thuật theo phác đồ FOLFOX

(vừa được phẫu thuật và vừa được hóa trị sau phẫu thuật).

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: Mắc đa ung thư (≥ 2 cơ quan); bệnh lý cấp tính; từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

* *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện.

* *Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin*: Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Lựa chọn các BN đủ tiêu chuẩn. Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, kết quả cận lâm sàng trước và sau quá trình hóa trị.

Các chỉ số nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng gồm: Nồng độ albumin huyết tương (được chia thành 2 nhóm là $< 3,5$ g/dL và $\geq 3,5$ g/dL), chỉ số BMI (được chia thành 2 nhóm $< 18,5$ và $\geq 18,5$), chỉ số dinh dưỡng tiên lượng PNI (được chia thành 2 nhóm là < 45 và ≥ 45) [5].

Xác định suy dinh dưỡng: Theo thang điểm GLIM [6]: Suy dinh dưỡng (GLIM 2 điểm); không suy dinh dưỡng (GLIM 0 điểm).

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến suy dinh dưỡng được nghiên cứu gồm: Tuổi (được chia thành 2 nhóm là < 60 và ≥ 60), giới tính (nam và nữ), giai đoạn

bệnh (được chia thành giai đoạn sớm (I, II) và giai đoạn muộn (III, IV)), thể bệnh theo mô học (được chia thành 2 nhóm type ruột và type không phải ruột), chế độ dinh dưỡng (được chia thành 2 nhóm là chế độ dinh dưỡng bệnh viện và chế độ dinh dưỡng tự túc).

Thời điểm đánh giá tình trạng dinh dưỡng: Trước điều trị hóa chất và sau phẫu thuật và 6 chu kỳ hóa trị phác đồ FOLFOX.

* *Xử lý số liệu*:

Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 20.0. So sánh giữa đặc điểm trước và sau điều trị dùng T-test cho biến liên tục và Chi-square test cho biến phân loại. Các yếu tố nguy cơ được đánh giá bằng so sánh tỷ suất chênh OR, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định trong nghiên cứu khoa học của Bệnh viện Quân y 103. BN được thông báo rõ về mục tiêu, chương trình nghiên cứu, tự nguyện tham gia và chế độ điều trị được bảo toàn giữa nhóm nghiên cứu và nhóm không tham gia nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu được lấy từ hồ sơ bệnh án và được Khoa Hóa trị, Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

	Đặc điểm	Số lượng (n = 60)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (TB: 62,3 ± 9,3)	< 60	47	78,33
	≥ 60	13	21,67
Giới tính	Nam	44	73,33
	Nữ	16	26,67
Chế độ dinh dưỡng	Chế độ bệnh viện	55	91,67
	Chế độ tự túc	5	8,33
Giai đoạn bệnh	Sớm (I - II)	21	35
	Muộn (III - IV)	39	65
Type mô bệnh	UTBMT type ruột	36	60
	UTBMT type không phải ruột	24	40

(TB: Trung bình; UTBMT: Ung thư biểu mô tuyến)

Nhóm BN nghiên cứu có tuổi trung bình là 62,3 ± 9,3, nam giới chiếm 73,33%, tỷ lệ BN ở giai đoạn sớm (I - II), muộn (III - IV) lần lượt là 35% và 65%. Thể giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tuyến type ruột chiếm 60%. Đa số BN ăn theo chế độ ăn được chỉ định tại bệnh viện, chỉ có 8,33% ăn theo chế độ tự túc.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng và tình trạng dinh dưỡng trước hóa trị (n = 60).

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nồng độ albumin huyết tương (TB: 4,09 ± 0,52)	< 3,5 g/dL	22	36,67
	≥ 3,5 g/dL	38	63,34
BMI (TB: 21,18 ± 1,91)	< 18,5	12	20
	≥ 18,5	48	80
PNI (TB: 48,55 ± 5,98)	< 45	16	26,67
	≥ 45	44	73,34
Tình trạng dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng	18	30
	Không suy dinh dưỡng	42	70

(TB: Trung bình)

Nồng độ albumin huyết tương trung bình là 4,09 ± 0,52 g/dL. BMI và PNI trung bình trước điều trị lần lượt là 21,18 ± 1,91 và 48,55 ± 5,98. Tỷ lệ BN suy dinh dưỡng trước điều trị là 30%.

2. Tình trạng dinh dưỡng sau hóa trị và các chỉ số liên quan

Bảng 3. Sự thay đổi các chỉ số dinh dưỡng trước và sau hóa trị*.

Đặc điểm	Trước hóa trị ($\bar{X} \pm SD$)	Sau hóa trị ($\bar{X} \pm SD$)	p
Albumin (g/dL)	4,09 ± 0,52	3,72 ± 0,30	< 0,001
BMI	21,18 ± 1,91	20,29 ± 1,89	0,01
PNI	48,55 ± 5,98	44,28 ± 5,18	< 0,001
Tỷ lệ suy dinh dưỡng	30%	36,67%	< 0,001

(*: Sau phẫu thuật cắt dạ dày và 6 chu kỳ hóa trị sau phẫu thuật, phác đồ FOLFOX)

Tỷ lệ suy dinh dưỡng sau hóa trị tăng lên đáng kể ($p < 0,001$). Các chỉ số đánh giá tình trạng dinh dưỡng gồm albumin, BMI, PNI đều giảm có ý nghĩa sau hóa trị.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng sau điều trị với các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

	Đặc điểm	SDD	Không SDD	OR	p
Tuổi	< 60	2	18	9	0,0015
	≥ 60	20	20		
Chế độ dinh dưỡng	Bệnh viện	12	43	21	0,0035
	Tự túc	4	1		
Giai đoạn bệnh	Sớm (I - II)	3	18	5,7	0,0014
	Muộn (III - IV)	19	20		
Type mô bệnh	Ruột	6	30	6,57	< 0,001
	Không phải ruột	16	8		

(SDD: Suy dinh dưỡng)

Các yếu tố như tuổi ≥ 60, chế độ dinh dưỡng tự túc, giai đoạn bệnh muộn (III - IV), thể mô học không phải type ruột trước điều trị đều liên quan độc lập với suy dinh dưỡng sau hóa trị ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở BN UTDD sau hóa trị là 36,7%, tăng có ý nghĩa so với trước điều trị (30%, $p < 0,001$). Kết quả này cho thấy hóa trị, mặc dù đóng vai trò quan trọng trong điều trị đa mô thức, lại góp phần làm nặng thêm tình trạng suy dinh dưỡng. Nguyên nhân có thể xuất phát từ các tác dụng phụ như buồn nôn, chán ăn, viêm niêm mạc, tiêu chảy và ức chế tủy xương, vốn làm giảm hấp thu và chuyển hóa dinh dưỡng [2]. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu quốc tế (40 - 70%) [3, 4]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do có cỡ mẫu, tiêu chuẩn đánh giá và thời điểm khảo sát khác nhau. Tuy nhiên, xu hướng chung là sau hóa trị, tình trạng dinh dưỡng của BN xấu đi rõ rệt.

Phân tích các chỉ số dinh dưỡng cho thấy BMI, albumin, PNI đều giảm có ý nghĩa sau hóa trị ($p < 0,05$). Điều này tương đồng với nghiên cứu của Guo và CS (2016), ghi nhận giảm albumin và chỉ số PNI sau điều trị hóa chất có liên quan đến tăng biến chứng và giảm tỷ lệ sống thêm [7].

Đối với các yếu tố liên quan, khi phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy tuổi ≥ 60 , chế độ dinh dưỡng tự túc, giai đoạn muộn (III - IV), mô bệnh học không phải type ruột đều là yếu tố nguy cơ độc lập của suy dinh dưỡng sau hóa trị. Trong đó, PNI < 45 yếu tố tiên lượng mạnh nhất (OR = 25,6; $p = 0,003$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu tại Nhật Bản và Hàn Quốc, PNI được coi là

chỉ số tiên lượng đáng tin cậy về khả năng dung nạp hóa trị và tiên lượng sống còn [8].

Một điểm đáng chú ý khác là chế độ dinh dưỡng tự túc làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng gấp 21 lần so với nhóm được hỗ trợ tại bệnh viện ($p = 0,0035$). Điều này cho thấy sự khác biệt về chất lượng chế độ ăn và nhấn mạnh vai trò của hỗ trợ dinh dưỡng y tế trong kiểm soát biến chứng [2]. Bên cạnh đó, mô bệnh học không phải type ruột (đặc biệt là thể tế bào nhẵn) có liên quan mạnh đến suy dinh dưỡng (OR = 6,57; $p < 0,001$), có thể do đặc điểm sinh học khối u và mức độ xâm lấn cao, làm giảm hấp thu và tăng tiêu hao năng lượng [9].

Khi so sánh với dữ liệu trong nước, nghiên cứu tại Bệnh viện K (Hà Nội, 2022) cũng ghi nhận tỷ lệ suy dinh dưỡng sau hóa trị là khoảng 34,5%, gần tương đồng với kết quả của chúng tôi. Điều này cho thấy điểm chung ở BN UTDD tại Việt Nam là tương đối thống nhất, với các yếu tố nguy cơ chính tập trung vào tuổi, tình trạng dinh dưỡng ban đầu và các chỉ số sinh hóa [10].

Về mặt lâm sàng, những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc dinh dưỡng một cách hệ thống cho tất cả BN UTDD ngay tại thời điểm chẩn đoán. Các yếu tố như giai đoạn bệnh muộn và các chỉ số sinh hóa có thể được sử dụng như những "dấu hiệu cảnh báo" để ưu tiên đánh giá dinh dưỡng chuyên sâu và lên kế hoạch can thiệp sớm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi vừa khẳng định xu hướng chung trong y văn quốc

tế, vừa bổ sung thêm dữ liệu thực tiễn tại Việt Nam, nhấn mạnh việc sàng lọc và can thiệp dinh dưỡng sớm, đặc biệt dựa trên các chỉ số đơn giản như BMI, albumin và PNI, có thể giúp cải thiện hiệu quả điều trị cũng như tiên lượng sống còn cho BN UTDD [2, 8].

KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở BN UTDD trước điều trị là 30%, tỷ lệ suy dinh dưỡng sau hóa trị (36,67%) cao hơn so với trước hóa trị ($p < 0,001$). Các chỉ số đánh giá tình trạng dinh dưỡng đều giảm gồm albumin (4,09 giảm còn 3,72 g/dL), PNI (48,55 giảm còn 44,28), BMI ($21,18 \pm 1,91$ giảm còn $20,29 \pm 1,89$). Các yếu tố nguy cơ của suy dinh dưỡng sau hóa trị gồm tuổi ≥ 60 , chế độ dinh dưỡng tự túc, giai đoạn bệnh muộn (III - IV), mô bệnh học không phải type ruột.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin gửi lời cảm ơn tới các đồng nghiệp Khoa Hóa trị, Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103 đã tạo điều kiện cho chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *J CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021; 71(3):209-249.
2. Arends J, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017; 36(1):11-48.

3. Ryu SW KI, Comparison of different nutritional assessments in detecting malnutrition among gastric cancer patients. *World J Gastroenterol*. 2010; 16(26):3310.

4. Pressoir M, Berchery D, et al. Prevalence, risk factors, and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *Br J Cancer*. 2010; 102(6):966-971.

5. Zhang X, Zhang J, et al. Prognostic Nutritional Index (PNI) as a predictor in patients with metabolic syndrome and heart failure. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2023; 16:2503-2514.

6. Cederholm T, Jensen G, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - a consensus report from the global clinical nutrition community. *Journal of Cachexia, Sarcopenia*. 2019; 10(1):207-217.

7. Guo Z, Li W, et al. Changes in nutritional status and body composition in gastric cancer after surgery and adjuvant chemotherapy. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2016; 25(2):273-280.

8. Mohri Y, Tanaka K, et al. Prognostic nutritional index predicts postoperative outcome in colorectal cancer. *Ann Surg Oncol*. 2013; 20(3):3963-3970.

9. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: Diffuse and so-called intestinal-type carcinoma. *Acta Pathol Microbiol Scand*. 64:31-49.

10. Nguyễn Thị Thúy, Lê Thị Hương, Nguyễn Thị Thanh, Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư dạ dày sau hóa trị tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 515(1):52.