THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH MỚI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN UNG THƯ GAN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Quỳnh Trang
Hoàng Thị Xuân Hương
Nguyễn Thị Mai Hương
Lê Thanh Thảo
Võ Trần Hoàng Hà
Nguyễn Thị Quỳnh Trang

Đại học Phenikaa

Tác giả chịu trách nhiệm
Hoàng Thị Xuân Hương
Đại học Phenikaa
Email: huong.hoangthixuan@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/08/2026
Ngày phản biện: 27/09/2026
Ngày đồng ý đăng: 15/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0109

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng dinh dưỡng và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh mới được chẩn đoán ung thư gan (UTG) tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 109 người bệnh UTG mới chẩn đoán trong vòng 6 tháng, điều trị tại Khoa Bệnh lý Gan, Trung tâm Tiêu hoá – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai (05/2025–08/2025). Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng thang điểm Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). Tình trạng dinh dưỡng được phân loại PG-SGA A (dinh dưỡng tốt), PG-SGA B (nghi ngờ/suy dinh dưỡng vừa) và PG-SGA C (suy dinh dưỡng nặng); nhóm suy dinh dưỡng được xác định là PG-SGA B hoặc PG-SGA C. Mối liên quan của yếu tố nhân khẩu học, bệnh mạn tính và BMI với suy dinh dưỡng được phân tích bằng kiểm định χ^2 (Pearson) hoặc Fisher và tỷ suất chênh thô (OR) từ hồi quy logistic đơn biến. Các thành phần chấm điểm của PG-SGA không đưa vào phân tích yếu tố liên quan vì là thành phần cấu thành biến kết quả.

Kết quả: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (84,4%), tuổi trung bình 54,4 ± 12,9, với 78% dưới 65 tuổi. BMI trung bình 21,6 ± 2,2 kg/m^2, phần lớn ở ngưỡng bình thường (71,6%), chỉ 7,3% gầy theo BMI. Theo phân loại PG-SGA: 23,9% PG-SGA A, 66,1% PG-SGA B và 10,1% PG-SGA C, tổng cộng 76,1% có nguy cơ hoặc đã suy dinh dưỡng. Theo tổng điểm PG-SGA, 89,9% người bệnh cần can thiệp dinh dưỡng từ chuyên gia trở lên (≥ 4 điểm). Phân tích đơn biến cho thấy người thừa cân/béo phì (so với gầy/bình thường) có odds suy dinh dưỡng thấp hơn (OR thô = 0,23; 95%CI: 0,09–0,62; p = 0,002); tuổi, giới tính, học vấn, nghề nghiệp, nơi ở và bệnh mạn tính chưa thấy có mối liên quan (p > 0,05).

Kết luận: Tỷ lệ suy dinh dưỡng/nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA ở người bệnh UTG mới chẩn đoán rất cao (76,1%) dù BMI phần lớn còn bình thường, gợi ý BMI đơn thuần có thể không đủ để sàng lọc dinh dưỡng ở nhóm bệnh nhân này. PG-SGA nên

được áp dụng thường quy ngay từ thời điểm chẩn đoán. Thừa cân/béo phì liên quan với odds suy dinh dưỡng thấp hơn (OR thô); cần phân tích đa biến trên cỡ mẫu lớn hơn để xác định các yếu tố liên quan độc lập.

Từ khóa: *dinh dưỡng, ung thư gan, PG-SGA, mới chẩn đoán*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những vấn đề sức khoẻ nghiêm trọng, đe doạ đến tính mạng, thậm chí còn là thách thức lớn của nền y tế trên toàn thế giới. Ung thư gan (UTG) là loại ung thư phổ biến, đứng thứ 6 trong các bệnh lý ung thư và đứng thứ 3 về tỷ lệ tử vong [1]. Năm 2022, toàn thế giới ước tính có gần 20 triệu ca ung thư mới mắc và 9,7 triệu ca tử vong do ung thư, trong đó ung thư gan chiếm 7,8% số ca tử vong [1].

Ở người bệnh ung thư, quá trình chuyển hoá của tế bào u làm tăng nhu cầu năng lượng. Trong khi tâm lý lo sợ bệnh tiến triển hoặc tái phát khiến người bệnh hạn chế ăn uống hoặc áp dụng chế độ thực dưỡng không hợp lý, dẫn đến sụt cân và suy dinh dưỡng kéo dài, làm tăng nguy cơ mắc hội chứng suy mòn do ung thư – một biến chứng ảnh hưởng nghiêm trọng đến tiên lượng, đặc biệt ở UTG. Suy dinh dưỡng còn liên quan với giảm đáp ứng điều trị, tăng biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện [2] và là yếu tố tiên lượng xấu về thời gian sống ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan [3].

Bệnh viện Bạch Mai là cơ sở tuyến cuối đi đầu trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý gan mật đặc biệt là ung thư gan. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu chuyên sâu nào đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên đối tượng người bệnh ung thư gan tại trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai. Các nghiên cứu trước đây chủ yếu tập trung vào nhóm bệnh xơ gan – giai đoạn tiền ung thư. Người bệnh mới chẩn đoán (trong vòng 6 tháng) được lựa chọn vì ở thời điểm này tình trạng dinh dưỡng chủ yếu phản ánh ảnh hưởng của bản thân khối u và bệnh gan nền, chưa chịu tác động nhiều của các điều trị đặc hiệu kéo dài, do đó là thời điểm phù hợp để sàng lọc và can thiệp dinh dưỡng sớm. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu về "Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư gan mới chẩn đoán tại Bệnh viện Bạch Mai" với hai mục tiêu như sau:

1. Đánh giá thực trạng dinh dưỡng của người bệnh mới được chẩn đoán ung thư gan tại Bệnh viện Bạch Mai.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh mới được chẩn đoán mắc ung thư gan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm

Người bệnh UTG điều trị tại Khoa Bệnh lý Gan, Trung tâm Tiêu hoá – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai, đáp ứng tiêu chuẩn: trên 18 tuổi, mới chẩn đoán UTG trong vòng 6 tháng, tự nguyện tham gia, đủ khả năng nhận thức và giao tiếp. Loại trừ người không đủ năng lực hành vi dân sự. Thời gian thu thập số liệu: 05/2025–08/2025 tại Khoa Bệnh lý Gan, Bệnh viện Bạch Mai. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu có 167 người bệnh (NB) được sàng lọc, 39 NB không đủ tiêu chuẩn, 19 người từ chối tham gia; 109 NB được đưa vào phân tích.

2.2. Thiết kế, cỡ mẫu

Nghiên cứu áp dụng thiết kế cắt ngang. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể: $n = Z^2(1-\alpha/2) \times p(1-p) / d^2$, trong đó $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ ($\alpha = 0,05$), $d = 0,08$ (sai số tuyệt đối mong muốn), $p = 0,765$ (tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh ung thư điều trị tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định [4]). Cỡ mẫu tối thiểu n = 108; thực tế thu thập được 109 người bệnh.

2.3. Bộ công cụ và phương pháp thu thập

Bộ công cụ khảo sát gồm 3 phần chính: (1) Thông tin chung; (2) Thông tin lâm sàng; (3) Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm PG-SGA. Công cụ chuyên biệt PG-SGA được thiết kế riêng cho bệnh nhân ung thư, kết hợp giữa phần tự đánh giá của người bệnh và phần đánh giá thực thể của bác sĩ. Về tiến trình, nhóm nghiên cứu tiến hành sàng lọc bệnh nhân tại khoa để chọn ca đủ tiêu chuẩn, sau đó tiếp cận giới thiệu mục đích và mời tham gia. Tiếp theo, bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi soạn sẵn, tiếp nối bằng việc mời bác sĩ dinh dưỡng thăm khám thể chất. Cuối cùng, nghiên cứu viên tổng hợp kết quả, hoàn thiện phiếu khảo sát và giải đáp các thắc mắc của người bệnh.

Công cụ PG-SGA: sử dụng phiên bản PG-SGA [2] đã được dịch sang tiếng Việt. Công cụ gồm phần người bệnh tự đánh giá (thay đổi cân nặng, khẩu phần ăn, triệu chứng ảnh hưởng ăn uống, hoạt động và chức năng) và phần nhân viên y tế đánh giá (bệnh lý và nhu cầu dinh dưỡng, nhu cầu trao đổi chất, thăm khám thể chất). Phần phỏng vấn và tổng hợp kết quả do nhóm nghiên cứu thực hiện; phần thăm khám thể chất do bác sĩ dinh dưỡng thực hiện.

Phân loại và ngưỡng điểm: theo PG-SGA, người bệnh được xếp loại PG-SGA A (dinh dưỡng tốt), PG-SGA B (nghi ngờ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng vừa) hoặc PG-SGA C (suy dinh dưỡng nặng) [2]. Trong nghiên cứu này, nhóm suy dinh dưỡng gồm PG-SGA B và PG-SGA C (n = 83), nhóm dinh dưỡng tốt là PG-SGA A (n = 26). Tổng điểm PG-SGA được chia thành 4 mức: 0–1 điểm (chưa cần can thiệp), 2–3 điểm (cần tư vấn, giáo dục dinh dưỡng), 4–8 điểm (cần can thiệp của chuyên gia) và ≥ 9 điểm (cần can thiệp cấp thiết về dinh dưỡng và kiểm soát triệu chứng) [5]. BMI được phân loại theo tiêu chuẩn WHO khu vực châu Á: < 18,5 (gầy), 18,5–22,9 (bình thường), ≥ 23 (thừa cân/béo phì) [6].

2.4. Xử lý số liệu và đạo đức nghiên cứu

Toàn bộ số liệu được nhập bằng Excel và SPSS 27.0, làm sạch bằng phương pháp nhập hai lần độc lập và đối chiếu để phát hiện, hiệu chỉnh sai sót. Tất cả 109 người bệnh đều có đủ số liệu ở các biến được phân tích. Số liệu được phân tích bằng các thuật toán thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn). Biến độc lập bao gồm giới tính, tuổi, nơi ở, nghề nghiệp, học vấn; bệnh mạn tính (có ít nhất một bệnh trong đái tháo đường, tim mạch/tăng huyết áp, gout, COPD; không có); và BMI (gầy/bình thường < 23 kg/m^2; thừa cân/béo phì ≥ 23 kg/m^2, theo phân loại WHO khu vực châu Á). Biến phụ thuộc là tình trạng suy dinh dưỡng theo PG-SGA. Các thành phần được chấm điểm của PG-SGA (thay đổi cân nặng, khẩu phần ăn, triệu chứng ảnh hưởng ăn uống, khả năng hoạt động...) là những thành phần cấu thành thang đo dùng để phân loại suy dinh dưỡng, nên không đưa vào phân tích yếu tố liên quan; các thành phần này chỉ được trình bày ở dạng mô tả (Bảng 3, 4).

Mối liên quan giữa từng yếu tố với suy dinh dưỡng được đánh giá bằng kiểm định χ^2 (Pearson), dùng kiểm định chính xác Fisher khi có ô có tần số kỳ vọng < 5. Mối liên quan

được biểu thị bằng tỷ suất chênh thô (OR) và khoảng tin cậy 95% (95%CI) từ hồi quy logistic đơn biến; nhóm tham chiếu được ghi rõ trong bảng kết quả. BMI dạng liên tục được so sánh giữa hai nhóm bằng kiểm định Mann-Whitney U do phương sai hai nhóm không đồng nhất (Levene p = 0,043). Mức ý nghĩa thống kê được đặt ở ngưỡng p < 0,05.

Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu của Bệnh viện Bạch Mai xét duyệt và thông qua theo Quyết định số 7197/BM-HĐĐĐ, ngày 27/12/2024. Nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở đồng ý tham gia tự nguyện; đối tượng được cung cấp đầy đủ, rõ ràng thông tin về mục tiêu và nội dung nghiên cứu, có quyền từ chối hoặc rút lui bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Thông tin thu thập được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Bảng 1. Đặc điểm chung của ĐTNC

Biến số		Số lượng (n = 109)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	Mean ± SD (min–max)	54,4 ± 12,9 (21–85)	
	< 65 tuổi	85	78,0
	≥ 65 tuổi	24	22,0
Giới tính	Nam	92	84,4
	Nữ	17	15,6
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	103	94,5
	Chưa kết hôn/khác	6	5,5
Nơi ở	Thành thị	69	63,3
	Nông thôn	40	36,7
Khu vực sinh sống	Miền Bắc	92	84,4
	Miền Trung	17	15,6
Trình độ học vấn	Tiểu học	14	12,8
	THCS	51	46,8
	THPT	33	30,3
	Cao đẳng/ĐH/Sau ĐH	11	10,1
Nghề nghiệp	Tự do	38	34,9
	Nông dân	28	25,7
	Hưu trí	20	18,3
	Đang làm việc	23	21,1

Nhận xét: Tuổi trung bình của ĐTNC là 54,4 ± 12,9, với 78% dưới 65 tuổi. Nam giới chiếm ưu thế rõ rệt (84,4%), tỷ lệ nam/nữ ≈ 5,4/1; 94,5% ĐTNC đã kết hôn. Về nơi ở, 63,3% sống ở khu vực thành thị và 84,4% sinh sống tại miền Bắc. Học vấn chủ yếu ở mức THCS/THPT (77,1%); nghề nghiệp chính là lao động tự do (34,9%) và nông dân (25,7%).

3.2. Đặc điểm sinh lý, bệnh lý, lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm sinh lý, bệnh lý, lâm sàng của ĐTNC

Biến số		Số lượng (n = 109)	Tỉ lệ (%)
Chỉ số nhân trắc			
Chiều cao	Mean ± SD (min–max)	164,1 ± 7,1 (145–178)	
Cân nặng	Mean ± SD (min–max)	58,2 ± 8,2 (42–84)	
BMI (kg/m^2)	Mean ± SD (min–max)	21,6 ± 2,2 (16,5–29,1)	
	Gầy (< 18,5)	8	7,3
	Bình thường (18,5–22,9)	78	71,6
	Thừa cân/Béo phì (≥ 23)	23	21,1
Bệnh lý kèm theo			
Bệnh mạn tính	Có	29	26,6
	Không	80	73,4
Loại bệnh mạn tính (n=29)	Đái tháo đường	19	65,5
	Tim mạch	13	44,8
	Gout	3	10,3
	COPD	3	10,3

Nhận xét: BMI trung bình 21,6 ± 2,2 (trong ngưỡng bình thường theo phân loại BMI châu Á của WHO); 71,6% BMI bình thường, chỉ 7,3% gầy. Về bệnh lý kèm theo, 73,4% không có bệnh mạn tính; trong nhóm có bệnh mạn tính, đái tháo đường và tim mạch phổ biến nhất.

3.3. Đánh giá dinh dưỡng theo PG-SGA

Bảng 3. Các vấn đề ảnh hưởng đến dinh dưỡng của ĐTNC theo PG-SGA

Biến số	Số lượng (n = 109)	Tỉ lệ (%)
Thay đổi cân nặng – Điểm giảm cân theo PG-SGA		
0 điểm (0–1,9%)	44	40,4
1 điểm (2–2,9%)	19	17,4
2 điểm (3–4,9%)	9	8,3
3 điểm (5–9,9%)	31	28,4
4 điểm (≥ 10%)	6	5,5
Cân nặng trong 2 tuần gần đây		
Không đổi	44	40,4
Giảm	65	59,6
Mức độ giảm khẩu phần ăn		
0 điểm	29	26,6
1 điểm	48	44,0
2 điểm	21	19,3

Biến số	Số lượng (n = 109)	Tỉ lệ (%)
3 điểm	5	4,6
4 điểm	6	5,5
Triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống		
Mệt mỏi	67	61,5
Ăn không ngon miệng, chán ăn	64	58,7
Buồn nôn	17	15,6
Đau	15	13,8
Khó nuốt	9	8,3
Mùi khó chịu	9	8,3
Chóng no	6	5,5
Biến đổi/mất mùi vị thức ăn	4	3,7
Đau miệng	4	3,7
Nôn	2	1,8
Khô miệng	2	1,8
Tiêu chảy	1	0,9
Táo bón	1	0,9
Triệu chứng khác	17	15,6
Không vấn đề	17	15,6

Nhận xét: 59,6% ĐTNC sụt cân trong 1 tháng gần đây và 59,6% sụt cân trong 2 tuần gần đây; 73,4% giảm khẩu phần ăn. Chỉ 15,6% không gặp triệu chứng ảnh hưởng ăn uống, phổ biến nhất là mệt mỏi (61,5%) và chán ăn (58,7%), điểm triệu chứng trung bình 3,65 ± 2,47.

Bảng 4. Mức độ hoạt động, nhu cầu dinh dưỡng, nhu cầu trao đổi chất và thăm khám thực thể

Biến số	Số lượng (n = 109)	Tỉ lệ (%)
Mức độ giảm hoạt động và chức năng		
0 điểm	31	28,4
1 điểm	33	30,3
2 điểm	26	23,9
3 điểm	19	17,4
Bệnh lý và nhu cầu dinh dưỡng		
0 điểm	0	0
1 điểm	81	74,3
2 điểm	26	23,9
3 điểm	2	1,8
Nhu cầu trao đổi chất (stress chuyển hoá)		
0 điểm	93	85,3
1 điểm	5	4,6
2 điểm	7	6,4
3 điểm	4	3,7

Biến số	Số lượng (n = 109)	Tỉ lệ (%)
Tình trạng cơ, mỡ, dịch (khám thực thể)		
Không suy giảm	68	62,4
Suy giảm nhẹ	41	37,6
Suy giảm vừa	0	0
Suy giảm nặng	0	0

Nhận xét: Về hoạt động chức năng có 71,6% có suy giảm hoạt động thể lực. 100% ĐTNC có bệnh lý làm tăng nhu cầu dinh dưỡng, nhưng chỉ 14,7% có tăng nhu cầu trao đổi chất cấp. Về khám thực thể, 37,6% có suy giảm cơ/mỡ/dịch mức nhẹ, không ghi nhận trường hợp suy giảm vừa/nặng.

Bảng 5. Tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA

Biến số	Số lượng (n = 109)	Tỉ lệ (%)
Phân loại theo PG-SGA (PG-SGA A/B/C)		
PG-SGA A (dinh dưỡng tốt)	26	23,9
PG-SGA B (nghi ngờ/SDD vừa)	72	66,1
PG-SGA C (SDD nặng)	11	10,1
Phân nhóm theo tổng điểm PG-SGA		
0–1 điểm (chưa cần can thiệp)	4	3,7
2–3 điểm (cần tư vấn giáo dục)	7	6,4
4–8 điểm (cần can thiệp chuyên gia)	32	29,4
≥ 9 điểm (cần can thiệp cấp thiết)	66	60,6

Nhận xét: 76,1% ĐTNC (PG-SGA B + PG-SGA C) có nguy cơ hoặc đã suy dinh dưỡng. Theo tổng điểm, 89,9% cần can thiệp dinh dưỡng ở các mức độ chuyên gia trở lên; 60,6% cần can thiệp cấp thiết và quản lý triệu chứng khẩn cấp.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng (n = 109; OR thô)

Biến số	Dinh dưỡng tốt (n)	Tỉ lệ (%)	Suy dinh dưỡng (n)	Tỉ lệ (%)	OR thô (95%CI)	p
Nhóm yếu tố nhân khẩu học						
Nơi ở					1,41 (0,55–3,62)	0,47
Thành thị (tham chiếu)	18	69,2	51	61,4		
Nông thôn	8	30,8	32	38,6		
Tuổi					1,25 (0,41–3,75)	0,69
< 65 (tham chiếu)	21	80,8	64	77,1		
≥ 65	5	19,2	19	22,9		

Biến số	Dinh dưỡng tốt (n)	Tỉ lệ (%)	Suy dinh dưỡng (n)	Tỉ lệ (%)	OR thô (95%CI)	p
Giới tính					2,65 (0,56–12,43)	0,35[f]
Nam (tham chiếu)	24	92,3	68	81,9		
Nữ	2	7,7	15	18,1		
Học vấn					0,60 (0,25–1,45)	0,25
< THPT (tham chiếu)	13	50,0	52	62,7		
≥ THPT	13	50,0	31	37,3		
Nghề nghiệp					0,50 (0,18–1,35)	0,17
Tự do/nông dân/ hưu trí (tham chiếu)	18	69,2	68	81,9		
Đang làm việc	8	30,8	15	18,1		
Nhóm yếu tố bệnh lý, lâm sàng						
Bệnh mạn tính					1,28 (0,46–3,58)	0,64
Không (tham chiếu)	20	76,9	60	72,3		
Có	6	23,1	23	27,7		
Chỉ số BMI					0,23 (0,09–0,62)	0,002
Gầy/Bình thường (tham chiếu)	15	57,7	71	85,5		
Thừa cân/Béo phì	11	42,3	12	14,5		

Ghi chú: *p theo kiểm định χ^2 (Pearson); f: kiểm định chính xác Fisher (có ô có tần số kỳ vọng < 5). OR thô (hồi quy logistic đơn biến, kiểm định Wald) so với nhóm tham chiếu ghi trong bảng; biến phụ thuộc: suy dinh dưỡng (PG-SGA B/PG-SGA C) = 1, dinh dưỡng tốt (PG-SGA A) = 0.*

Nhận xét: Trong các yếu tố khảo sát, chỉ BMI có liên quan có ý nghĩa thống kê với suy dinh dưỡng. Tỷ lệ thừa cân/béo phì ở nhóm dinh dưỡng tốt là 42,3%, ở nhóm suy dinh dưỡng là 14,5%, tương ứng odds suy dinh dưỡng thấp hơn khoảng 77% (OR thô = 0,23; 95%CI: 0,09–0,62; p = 0,002). BMI trung bình của nhóm dinh dưỡng tốt cũng cao hơn nhóm suy dinh dưỡng (22,7 ± 2,7 so với 21,2 ± 1,9 kg/m^2; p = 0,005, Mann-Whitney). Các yếu tố còn lại (tuổi, giới tính, học vấn, nghề nghiệp, nơi ở, bệnh mạn tính) chưa có ý nghĩa thống kê; khoảng tin cậy rộng nên chưa thể kết luận không có ảnh hưởng. Đây là OR thô từ hồi quy đơn biến, chưa hiệu chỉnh yếu tố nhiễu.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng

Tuổi trung bình 54,4 ± 12,9, với 78% người bệnh dưới 65 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ ≈ 5,4/1 trong nghiên cứu này cao hơn hẳn mức ghi nhận giữa các khu vực trên thế giới (1,2–3,6/1 theo Rumgay và cộng sự, 2022; 3,55/1 theo dữ liệu SEER Hoa Kỳ) [7,8] gợi ý vai trò của yếu tố địa lý – khu vực

(nhiễm virus viêm gan B/C sớm, lạm dụng rượu bia, đặc thù nghề nghiệp nông thôn) [9].

BMI trung bình (21,6 ± 2,2) nằm trong ngưỡng bình thường theo phân loại của WHO cho người châu Á, với 71,6% BMI bình thường [6] – phù hợp nhận định của Schütte và cộng sự (2015) rằng BMI có độ nhạy thấp trong phát hiện mất khối cơ, đặc biệt khi có phù, cổ trướng, giảm albumin máu [3]. Nghiên cứu của Tan và cộng sự (2024) trên người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan ghi nhận tỷ lệ suy dinh dưỡng theo PG-SGA (54,6%) cao hơn nhiều so với theo GLIM (43%) hay NRS-2002 (30,4%), khẳng định nguy cơ đánh giá thấp tình trạng dinh dưỡng nếu chỉ dựa vào BMI [10]. Về bệnh lý kèm theo, 26,6% người bệnh có ít nhất một bệnh mạn tính, chủ yếu là đái tháo đường (65,5%) và tim mạch (44,8%).

4.2. Tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA

59,6% ĐTNC giảm cân trong 1 tháng gần nhất, thấp hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện 108 (78% giảm cân, 21% giảm ≥ 5%) [11]; khác biệt này có thể liên quan đến việc người bệnh trong nghiên cứu đó đều ở giai đoạn III–IV, trong khi nghiên cứu này không thu thập giai đoạn bệnh. 73,4% ĐTNC giảm khẩu phần ăn.

Chỉ 15,6% ĐTNC không gặp triệu chứng ảnh hưởng ăn uống; mệt mỏi (61,5%) và chán ăn (58,7%) là hai triệu chứng nổi bật nhất, phù hợp với các nghiên cứu của Phan Thị Thu Hằng (2020), Ottery (1996, người phát triển PG-SGA) và Ravasco (2015) [2,11,12]. 71,6% ĐTNC có suy giảm hoạt động – tương đồng các nghiên cứu tại Thanh Nhàn, Vinmec Times City, Thái Nguyên (58,6–61,9%) và Cần Thơ (64,7%) [13,14,15].

100% ĐTNC có ít nhất một yếu tố làm tăng nhu cầu dinh dưỡng do bản thân bệnh ung thư; 14,7% có tăng nhu cầu trao đổi chất. Ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan, Rich và cộng sự (2022) ghi nhận 23,7% đã có suy mòn (sụt trên 5% cân nặng trong 6 tháng) ngay tại thời điểm chẩn đoán [16]. Về khối cơ/mỡ/dịch, 37,6% suy giảm mức nhẹ, thấp hơn các nghiên cứu quốc tế (Perisetti 2022; Cespiati 2024; Liu và cộng sự 2023: ~42%), có thể do đối tượng nghiên cứu này mới chẩn đoán, bệnh chưa tiến triển nặng [17,18,19].

So với Kim và cộng sự (2024) trên 162 người bệnh UTG ngoại trú tại Hàn Quốc, trong đó 16,7% suy dinh dưỡng theo điểm PG-SGA [20], tỷ lệ của nghiên cứu này cao hơn nhiều. Theo PG-SGA, 76,1% ĐTNC có nguy cơ/đã suy dinh dưỡng – tương đồng nghiên cứu tại Nam Định (76,5%, Nguyễn Thị Lĩnh và cộng sự 2023), cao hơn Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (52,5%, 2016) và nghiên cứu tại Thái Lan trên người bệnh UTG (53,9%, Chonmaitree và cộng sự, 2025) và nghiên cứu tại Trung Quốc trên người bệnh ung thư nói chung (66,6% có nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA, Chen và cộng sự, 2023) [4,5,21,22]. Theo tổng điểm PG-SGA, 89,9% cần can thiệp dinh dưỡng từ mức chuyên gia trở lên (≥ 4 điểm), tương đồng nghiên cứu tại Bệnh viện 108 (90%) [11] và thấp hơn Trung tâm Ung bướu Bãi Cháy (100% có nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA) [23].

4.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng

Trong các yếu tố khảo sát, chỉ BMI có liên quan có ý nghĩa thống kê với suy dinh dưỡng theo PG-SGA (OR thô = 0,23; 95%CI: 0,09–0,62; p = 0,002). Tỷ lệ thừa cân/béo phì ở nhóm dinh dưỡng tốt (42,3%) cao gấp gần ba lần nhóm suy dinh dưỡng (14,5%), và BMI trung bình của nhóm dinh dưỡng tốt cũng cao hơn (22,7 ± 2,7 so với 21,2 ± 1,9 kg/m^2; p = 0,005). Kết quả này phù hợp về mặt sinh lý bệnh, vì người có dự trữ năng lượng và khối mỡ cao hơn ít có nguy cơ suy dinh dưỡng hơn, và phù hợp với nghiên cứu

của Kim và cộng sự (2024), trong đó BMI cùng mức độ triệu chứng, giai đoạn bệnh và trầm cảm liên quan đến suy dinh dưỡng ở người bệnh UTG [20]. Tuy nhiên, 85,5% người suy dinh dưỡng trong nghiên cứu vẫn có BMI gầy hoặc bình thường, và BMI có độ nhạy thấp khi người bệnh có cổ trướng, phù hoặc mất khối cơ [3]. Vì vậy, BMI cao hơn có liên quan với tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp hơn nhưng BMI bình thường không loại trừ suy dinh dưỡng, việc sử dụng BMI đơn thuần không đủ để sàng lọc.

Tuổi, giới tính, học vấn, nghề nghiệp, nơi ở ($p = 0,47$) và bệnh mạn tính kèm theo ($p = 0,64$) chưa có ý nghĩa thống kê. Với cỡ mẫu nhỏ, nhóm dinh dưỡng tốt chỉ có 26 người nên khoảng tin cậy của các yếu tố này khá rộng, và kết quả chưa cho phép kết luận các yếu tố trên không ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng. Ngoài ra, bệnh mạn tính chỉ được ghi nhận ở mức có hoặc không, chưa phân tích theo từng bệnh cụ thể hay mức độ kiểm soát.

Các thành phần chấm điểm của PG-SGA (triệu chứng ảnh hưởng ăn uống, khẩu phần ăn, khả năng hoạt động) không đưa vào phân tích yếu tố liên quan vì là thành phần cấu thành thang đo xác định suy dinh dưỡng; mối liên quan của chúng với biến kết quả một phần phản ánh cách đo. Về mô tả, mệt mỏi (61,5%) và chán ăn (58,7%) là hai triệu chứng phổ biến nhất, 73,4% người bệnh giảm khẩu phần ăn và 71,6% giảm khả năng hoạt động. Về cơ chế, khối u tiết cytokine tiền viêm có thể tác động lên vùng dưới đồi gây rối loạn điều hòa thèm ăn, đồng thời gan to hoặc khối u chèn ép lên dạ dày có thể gây chóng no, buồn nôn; khi năng lượng nạp vào giảm trong khi nhu cầu năng lượng nghỉ tăng, cơ thể huy động cơ và mô mỡ, làm tình trạng suy dinh dưỡng tiến triển. Các cơ chế này chưa được khảo sát trực tiếp trong nghiên cứu.

4.4. Điểm mạnh và hạn chế

Điểm mạnh: đây là nghiên cứu đầu tiên đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh UTG mới chẩn đoán tại Bệnh viện Bạch Mai, sử dụng thang đo PG-SGA dành cho người bệnh ung thư, có phần thăm khám thực thể do bác sĩ dinh dưỡng thực hiện, phản ánh khách quan thực trạng dinh dưỡng ở giai đoạn sớm sau chẩn đoán.

Hạn chế: ung thư là chủ đề nhạy cảm; đối với người bệnh phát hiện muộn, sức khoẻ yếu và tâm lý tiêu cực, câu trả lời có thể thiếu chính xác, ảnh hưởng đến độ tin cậy của số liệu tự khai. Thiết kế cắt ngang chỉ ghi nhận tình trạng dinh dưỡng tại một thời điểm, chưa theo dõi được diễn tiến theo thời gian điều trị và chưa cho phép xác định quan hệ nhân – quả; nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm, chọn mẫu thuận tiện, nên khả năng khái quát hoá còn hạn chế. Nghiên cứu chỉ thực hiện phân tích đơn biến nên chưa kiểm soát được các yếu tố gây nhiễu.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh UTG mới chẩn đoán tại Bệnh viện Bạch Mai ở mức cao: theo PG-SGA, 76,1% có nguy cơ hoặc đã suy dinh dưỡng (66,1% PG-SGA B, 10,1% PG-SGA C); theo tổng điểm PG-SGA, 89,9% cần được hỗ trợ dinh dưỡng, trong đó 60,6% cần can thiệp cấp thiết và quản lý triệu chứng. Có sự khác biệt giữa BMI (71,6% bình thường) và đánh giá PG-SGA, gợi ý BMI đơn thuần có thể không đủ để sàng lọc dinh dưỡng ở người bệnh UTG. PG-SGA nên được tích hợp thường quy vào quy trình sàng lọc dinh dưỡng ngay từ thời điểm chẩn đoán UTG, ưu tiên can thiệp sớm cho nhóm điểm PG-SGA ≥ 9 điểm.

Về các yếu tố liên quan, trong phân tích đơn biến (OR thô), chỉ BMI có liên quan có ý nghĩa thống kê: người thừa cân/béo phì có odds

suy dinh dưỡng thấp hơn so với người gầy/bình thường (OR = 0,23; 95%CI: 0,09–0,62; p = 0,002). Các yếu tố còn lại hiện chưa thấy có mối liên quan, cỡ mẫu còn nhỏ nên chưa thể kết luận không có ảnh hưởng. Cần nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, phân tích đa biến và bổ sung các yếu tố như giai đoạn bệnh để xác định các yếu tố liên quan độc lập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition*. 1996;12(1 Suppl):S15-S19. doi:10.1016/0899-9007(96)90011-8
3. Schütte K, Tippelt B, Schulz C, et al. Malnutrition is a prognostic factor in patients with hepatocellular carcinoma (HCC). *Clin Nutr*. 2015;34(6):1122-1127. doi:10.1016/j.clnu.2014.11.007
4. Nguyễn Thị Lĩnh, Đinh Thị Thu Huyền. Thực trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2023;6(4):61-67. doi:10.54436/jns.2023.04.643
5. Chen X, Liu X, Ji W, et al. The PG-SGA outperforms the NRS 2002 for nutritional risk screening in cancer patients: a retrospective study from China. *Front Nutr*. 2023;10:1272420. doi:10.3389/fnut.2023.1272420
6. Choo V. WHO reassesses appropriate body-mass index for Asian populations. *Lancet*. 2002;360(9328):235. doi:10.1016/S0140-6736(02)09512-0
7. Rumgay H, Arnold M, Ferlay J, et al. Global burden of primary liver cancer in 2020 and predictions to 2040. *J Hepatol*. 2022;77(6):1598-1606. doi:10.1016/j.jhep.2022.08.021
8. Liu P, Xie SH, Hu S, et al. Age-specific sex difference in the incidence of hepatocellular carcinoma in the United States. *Oncotarget*. 2017;8(40):68131-68137. doi:10.18632/oncotarget.19245
9. Mittal S, El-Serag HB. Epidemiology of hepatocellular carcinoma: consider the population. *J Clin Gastroenterol*. 2013;47 Suppl:S2-S6. doi:10.1097/MCG.0b013e3182872f29
10. Tan S, Jiang J, Qiu L, et al. Prevalence of malnutrition in patients with hepatocellular carcinoma: a comparative study of GLIM criteria, NRS2002, and PG-SGA, and identification of independent risk factors. *Nutr Cancer*. 2024;76(4):335-344. doi:10.1080/01635581.2024.2314317
11. Phan Thị Thu Hằng, Trần Thị Phương Thảo, La Vân Trường. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân ung thư tại Khoa Chống đau và Chăm sóc giảm nhẹ. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*. 2020;15(DB11):192-199.
12. Ravasco P. Nutritional approaches in cancer: relevance of individualized counseling and supplementation. *Nutrition*. 2015;31(4):603-604. doi:10.1016/j.nut.2014.12.001
13. Nguyễn Văn Trang, Trần Thơ Nhị, Nguyễn Hoàng Long. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân

ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Thanh Nhàn và Bệnh viện Vinmec Times City. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;505(2):262-267. doi:10.51298/vmj.v505i2.1140

14. Nguyễn Thị Tú Ngọc, Nguyễn Hải Yến, Hà Văn Sơn, Đoàn Thị Huệ. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2025;188(3):145-152. doi:10.52852/tcncyh.v188i3.3159
15. Huỳnh Thị Ngọc My, Nguyễn Châu Yến Nhi, Trần Thị Thảo Vy, và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư hệ tiêu hóa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;(69):237-243. doi:10.58490/ctump.2023i69.2067
16. Rich NE, Phen S, Desai N, et al. Cachexia is prevalent in patients with hepatocellular carcinoma and associated with worse prognosis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022;20(5):e1157-e1169. doi:10.1016/j.cgh.2021.09.022
17. Perisetti A, Goyal H, Yendala R, Chandan S, Tharian B, Thandassery RB. Sarcopenia in hepatocellular carcinoma: current knowledge and future directions. *World J Gastroenterol*. 2022;28(4):432-448. doi:10.3748/wjg.v28.i4.432
18. Cespiati A, Smith D, Lombardi R, Fracanzani AL. The negative impact of sarcopenia on hepatocellular carcinoma treatment outcomes.*Cancers(Basel)*.2024;16(13):2315. doi:10.3390/cancers16132315
19. Liu J, Luo H, Huang L, Wang J. Prevalence of sarcopenia among patients with hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Oncol Lett*. 2023;26(1):283. doi:10.3892/ol.2023.13869
20. Kim Y, Kim SR, Kim K, Yu SJ. Demographic, clinical and psychological predictors of malnutrition among people with liver cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2024;68:102497. doi:10.1016/j.ejon.2023.102497
21. Nguyễn Thùy Linh, Dương Thị Phượng, Trần Thị Giáng Hương, Nguyễn Thúy Nam. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2017;13(4):8-15.
22. Chonmaitree P, Sudcharoen A, Poonyam P, Laoarphasuwong N, Khuancharee K, Thititagul O. Comparison of Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and Mini Nutritional Assessment (MNA) for nutritional assessment in hepatocellular carcinoma patients. *Support Care Cancer*. 2025;33(2):116. doi:10.1007/s00520-025-09176-4
23. Phạm Thị Kiều Chinh, Lường Thị Xuân, Nguyễn Trọng Hưng, Ninh Thị Nhung. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh ung thư gan đang điều trị tại Trung tâm Ung bướu thuộc Bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh năm 2019. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2020;16(3+4):67-75.

ABSTRACT

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS NEWLY DIAGNOSED WITH LIVER CANCER AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To assess the nutritional status and related factors of newly diagnosed liver cancer patients at Bach Mai Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional study was conducted on 109 newly diagnosed liver cancer patients (within 6 months) at the Department of Hepatology, Bach Mai Hospital (05/2025–08/2025). Nutritional status was assessed using the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and classified as PG-SGA A (well-nourished), PG-SGA B (suspected/moderate malnutrition) or PG-SGA C (severe malnutrition); malnutrition was defined as PG-SGA B or C. Associations of demographic factors, chronic disease and body mass index (BMI) with malnutrition were analyzed using the chi-square test (Fisher's exact test where appropriate) and crude odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) from univariate logistic regression. The scored components of the PG-SGA were not entered as exposures because they define the outcome.

Results: Participants were predominantly male (84.4%), mean age 54.4 ± 12.9 years, with 78% under 65 years old. Mean BMI was 21.6 ± 2.2 kg/m^2; most had a normal BMI (71.6%), and only 7.3% were underweight by BMI. By PG-SGA, 23.9% were PG-SGA A, 66.1% PG-SGA B and 10.1% PG-SGA C, with 76.1% at risk of or already malnourished; 89.9% required nutrition intervention by a specialist or higher (total score ≥ 4). In univariate analysis, overweight/obesity (versus underweight/normal BMI) was associated with lower odds of malnutrition (crude OR = 0.23; 95% CI 0.09–0.62; p = 0.002); age, sex, education, occupation, living area and chronic disease were not significantly associated (p > 0.05).

Conclusion: The prevalence of malnutrition/risk of malnutrition by PG-SGA among newly diagnosed liver cancer patients is very high (76.1%) despite largely normal BMI, suggesting that BMI alone may be insufficient for nutritional screening in this population. Routine PG-SGA screening at diagnosis is recommended. Overweight/obesity was associated with lower odds of malnutrition (crude OR); larger multivariable studies are needed to identify independent associated factors.

Keywords: *nutrition, liver cancer, PG-SGA, newly diagnosed*