

Bước đầu sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2018

The nutritional status of cancer patients in the 108 Military Central Hospital in 2018

Trần Thị Hà, Nguyễn Đình Phú, Nguyễn Thị Nhiên,
Nguyễn Thị Hạnh Dung, Nguyễn Thu Hà

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Thử nghiệm sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư bằng bộ công cụ BBT (Bach Mai - Boston Tool) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 170 bệnh nhân ung thư nhập viện lần đầu, được điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng bằng phương pháp BBT: Suy dinh dưỡng vừa là 46,5%, suy dinh dưỡng nặng là 9,4%. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 41,8%. Tỷ lệ albumin thấp là 22,4%. Tỷ lệ thiếu máu là 52,9%. **Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là 55,9%. Phương pháp sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng bằng BBT cần được áp dụng để sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng cho bệnh nhân trong Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, BBT, ung thư.

Summary

Objective: Present study assessed the nutritional status of cancer patients at the 108 Military Central Hospital via Bach Mai-Boston Tool (BBT). **Subject and method:** A cross-sectional study of 170 patients who were in the first hospital registered with the cancer diagnosis at the 108 Military Central Hospital from April 2018 to June 2018. **Result:** The prevalence of undernutrition was assessed by BBT: 46.5% moderate malnutrition, and 9.4% severe malnutrition. The prevalence of chronic energy deficiency (BMI < 18.5) was 41.8%. The albumin deficiency proportion was 22.4%. The prevalence of anemia was 52.9%. **Conclusion:** The prevalence of malnutrition in cancer patients was 55.9%. The BBT should be recommended to evaluate the initial nutritional status of patients in the hospital.

Keywords: Nutritional status, BBT, cancer patients.

Ngày nhận bài: 07/9/2018, ngày chấp nhận đăng: 11/10/2018

Người phản hồi: Trần Thị Hà, Email: hatran0368@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới về các bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2011 cho thấy: Tỷ lệ mới mắc ung thư (UT) ở Việt Nam tăng 50% trong giai đoạn từ năm 2001 - 2003 và năm 2010. Mỗi ngày ở Việt Nam có khoảng 350 trường hợp UT được xác định và 190 trường hợp tử vong. Trong đó, các loại ung thư phổ biến nhất với nam giới là ung thư phổi, dạ dày, gan và trực tràng; ở nữ giới là ung thư vú, trực tràng, phổi và cổ tử cung [8].

Suy dinh dưỡng (SDD) được định nghĩa là tình trạng dinh dưỡng trong đó thừa hoặc thiếu (hoặc không cân đối) năng lượng, protid và các chất dinh dưỡng khác gây ra các ảnh hưởng trên mô và cơ thể cũng như các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng. Đến nay tỷ lệ suy dinh dưỡng ngoài cộng đồng cũng như trong bệnh viện còn khá cao nhất là các nước kém phát triển. Vấn đề suy dinh dưỡng trong điều trị lâu nay còn ít được quan tâm, đặc biệt trong điều kiện của Việt Nam do khó khăn về kinh tế và hạn chế về hiểu biết.

Ở bệnh nhân ung thư, khối u phát triển nhanh chóng kéo theo nguồn dinh dưỡng cần để nuôi khối u cũng tăng lên theo cấp số nhân, song song với quá trình đó tế bào ung thư giải phóng ra các cytokine, các yếu tố tăng sinh mạch gây độc cho tế bào. Như vậy bản thân khối u đã làm cho cơ thể mệt mỏi, giảm hấp thụ tăng sử dụng năng lượng, ngoài ra bệnh nhân ung thư khi vào viện điều trị còn phải chịu tác động của các phương pháp điều trị như: Phẫu thuật, hóa chất, xạ trị... và các sang chấn tâm lý. Tất cả các yếu tố trên có tác động cộng hưởng càng làm cho tình trạng toàn thân cũng như tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân thêm nặng nề.

Tuy nhiên mức độ, hình thái suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư đến nay chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến. Để góp phần làm sáng tỏ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Bước đầu sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư bằng công cụ BBT tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2018.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

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

Với p là tỷ lệ bệnh nhân ung thư có nguy cơ bị suy dinh dưỡng là 58,6% [1], d = 0,1; và độ tin cậy $\alpha = 0,05$. Cỡ mẫu tính được, được nhân đôi để loại trừ sai số, n = 190. Sau khi làm sạch, loại những đối tượng không đủ toàn bộ xét nghiệm. Chúng tôi tiến hành phân tích số liệu trên 170 đối tượng.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Được chẩn đoán xác định ung thư bằng mô bệnh học.

Không ở trong tình trạng cấp cứu.

Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân đang sốt cao, đang trong tình trạng cấp cứu.

Không đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng

BMI (Body Mass Index) [2].

Tình trạng dinh dưỡng bình thường: BMI từ 18,5 đến 25; BMI thấp, hay thiếu năng lượng trường diễn: BMI < 18,5, thừa cân, béo phì: BMI > 25.

BBT (Bach Mai Boston Tool).

BBT được phát triển dựa trên công cụ sàng lọc dinh dưỡng SGA, có độ nhạy và đặc hiệu tương đương SGA và được khuyến cáo sử dụng để sàng lọc tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân [2], [9]. BBT được ứng dụng sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng cho bệnh nhân dựa trên 3 dấu hiệu là khẩu ăn đường miệng, BMI và giảm cân trong vòng 3 tháng. BBT A (không có nguy cơ SDD) cân nặng ổn định hoặc tăng cân cách đây không lâu; không giảm khẩu phần ăn vào hoặc được cải thiện gần đây, BMI trong giới hạn bình thường. BBT (SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy

cơ SDD): Giảm 5% trong 3 tháng, giảm tiêu thụ khẩu phần ăn, BMI từ 16 - 18,5; BBT C (SDD nặng): Giảm > 5% cân nặng trong 3 tháng; thiếu nghiêm trọng về lượng khẩu phần ăn; BMI ≤ 16 .

Albumin huyết thanh:

Albumin huyết thanh bình thường của người lớn từ 35 - 48g/l. Lượng albumin < 35g/l được coi là SDD [10], trong đó: SDD nhẹ: 28 - < 35g/l, SDD vừa: 21 - 27g/dl, SDD nặng: < 21g/dl.

Total protein: Chẩn đoán thiếu protein tổng số khi protein máu đạt dưới 60g/L [10].

Tổng số lượng tế bào lympho (Total Lymphocyte Count - TLC):

Dựa vào cơ sở SDD gây suy giảm chức năng miễn dịch nên TTDD được đánh giá thông qua phép đo tổng số lượng tế bào lympho. Tình trạng dinh dưỡng tốt khi TLC > 1800/mm³, SDD nhẹ khi TLC = 1500 - 1800/mm³, SDD vừa khi LTC = 900 - < 1500/mm³, SDD nặng khi TLC < 900/mm³.

Hemoglobin (Hb): Chẩn đoán thiếu máu khi hemoglobin < 130g/l đối với nam và < 120g/l đối với nữ.

Phân tích số liệu bằng SPSS 15.0 với các test thống kê y học thông dụng.

3. Kết quả

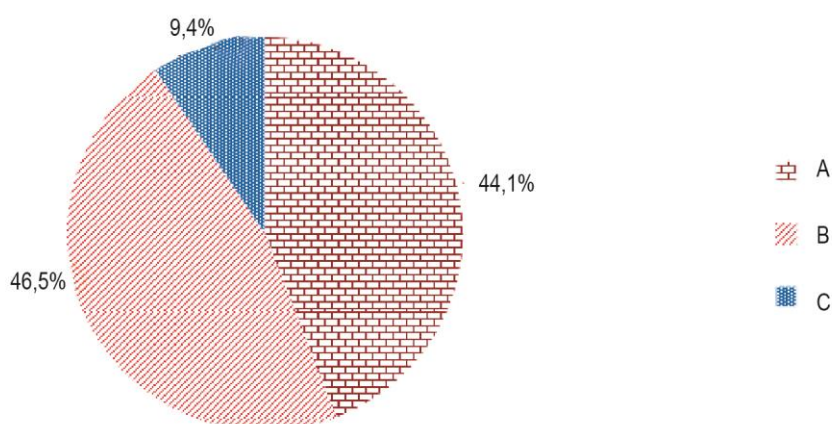
3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	< 40 tuổi	18	10,6
	40 - 59 tuổi	66	38,8
	≥ 60 tuổi	86	50,6
Giới	Nam	118	69,4
	Nữ	52	30,6

Kết quả Bảng 1 cho biết, nhóm tuổi > 60 chiếm đa số trên 50,0%, và nhóm tuổi < 40 ít nhất với 10,6%. Về giới, bệnh nhân nam chiếm đa số với gần 70%.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu



Hình 1. Phân loại nguy cơ suy dinh dưỡng bằng phương pháp BBT

Nhận xét: Theo phân loại nguy cơ suy dinh dưỡng BBT, kết quả nghiên cứu cho thấy có 44,1% đối tượng nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng tốt (BBT A) và 55,9% có nguy cơ suy dinh dưỡng (hoặc suy dinh dưỡng vừa (B, 46,5%) hoặc suy dinh dưỡng nặng (C, 9,4%)).

Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc và hóa sinh theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	< 40 tuổi	40 - 59 tuổi	≥ 60 tuổi	Chung
Cân nặng (kg)	55,1 ± 6,8	52,0 ± 9,1	50,5 ± 8,1	51,6 ± 8,4
Nam (n = 118)	58,0 ± 7,4 ^a	55,0 ± 8,9 ^{ab}	52,2 ± 7,8 ^b	53,2 ± 8,5
Nữ (n = 52)	51,5 ± 3,9	45,9 ± 5,9	48,4 ± 8,6	47,8 ± 7,2
Chiều cao (cm)	162,2 ± 5,9	162,7 ± 7,1	164,4 ± 6,2	163,5 ± 6,6
Nam (n = 118)	165,2 ± 6,0	166,3 ± 4,4	166,3 ± 5,3	166,2 ± 5,0
Nữ (n = 52)	158,4 ± 2,9	155,6 ± 6,1	158,9 ± 5,5	157,4 ± 5,6
BMI (kg/m ²)*	Nữ (n = 52)	19,6 ± 3,0 ^a	18,6 ± 2,5 ^b	19,2 ± 2,7
Albumin (g/l)	39,6 ± 7,7	38,8 ± 4,9	37,8 ± 4,6	38,4 ± 5,1
TLC (G/L)	1992,8 ± 1250,4	1658,3 ± 624,6	1539,1 ± 757,9	1633,4 ± 784,0
Hb (g/dL)*	119,7 ± 29,5 ^a	134,0 ± 19,5 ^a	119,9 ± 22,9 ^b	125,2 ± 23,3
Protein (g/L)	72,7 ± 8,2	70,6 ± 9,5	68,1 ± 8,1	69,6 ± 8,8

* $p < 0,05$ ANOVA, *ab* sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, cân nặng trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là khoảng 52kg với cân nặng thấp nhất là 45kg và nặng nhất là 68kg. Chiều cao trung bình đạt khoảng 163cm. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình chung về cân nặng và chiều cao giữa các nhóm tuổi. Tuy nhiên, khi phân tích riêng giới nam và nữ, kết quả cho thấy trong nhóm giới tính nam, trung bình cân nặng của nhóm dưới 40 tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên. Trung bình BMI đạt 19,2, trung bình BMI ở nhóm tuổi dưới 40 tuổi cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm tuổi trên 60 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cũng tìm thấy giữa trung bình hemoglobin của nhóm tuổi dưới 60 tuổi và nhóm đối tượng từ 60 tuổi trở lên. Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi về albumin, số lượng lympho và protein tổng số.

Bảng 3. Tình trạng suy dinh dưỡng bằng một số chỉ tiêu đánh giá

Các chỉ số	n	Tỷ lệ %
Nguy cơ suy dinh dưỡng (BBT)	95	55,9
Thiếu năng lượng trường diễn (BMI)	71	41,8
Albumin thấp	38	22,4
TLC thấp	115	67,6
Protein tổng số thấp	25	14,7
Thiếu máu (hemoglobin)	90	52,9

Bảng 3 cho thấy, tỷ lệ có suy dinh dưỡng khác nhau giữa các phương pháp đánh giá. Theo phân loại TTDD của tổng số lượng tế bào lympho (TLC) cho thấy có đến 67,6% bị SDD, chiếm tỷ lệ cao nhất. Nguy cơ suy dinh dưỡng được xác định bằng phương pháp BBT 55,9%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng được xác định bằng protein tổng số là thấp nhất với 14,7%. Về TTDD theo chỉ số albumin, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD chung là 22,4%. Kết quả này cho thấy, tình trạng thiếu máu là 52,9%.

3.3. Mối tương quan tình trạng dinh dưỡng theo các phương pháp đánh giá

Bảng 4. Mối tương quan giữa đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo các phương pháp khác với nguy cơ suy dinh dưỡng bằng BBT

	Nguy cơ suy dinh dưỡng (BBT)		OR (95%CI)
	Có	Không	
BMI < 18,5	68	3	60,4 (17,5 - 208,4)
Albumin thấp	24	14	1,5 (0,7 - 3,1)
Protein tổng số thấp	16	9	1,5 (0,6 - 3,6)
Hemoglobin thấp	63	27	3,5 (1,8 - 6,6)
Tổng	95	75	170

Bảng 4 cho thấy, ở nhóm bệnh nhân ung thư có BMI và chỉ số hemoglobin thấp nguy cơ suy dinh dưỡng cao có ý nghĩa thống kê so với nhóm có BMI và hemoglobin bình thường. Chưa tìm thấy nguy cơ có ý nghĩa thống kê ở nhóm đối tượng có protein tổng số và albumin thấp.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 170 bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tỷ lệ nhóm tuổi > 40 chiếm 89,4% đối tượng nghiên cứu, nam nhiều hơn nữ (69,4% và 30,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự Phan Thị Bích Hạnh (2016) nghiên cứu trên 218 bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội [1] và nghiên cứu của Phùng Trọng Nghị và cộng sự (2014) tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103 [3].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ SDD là 55,9%, trong đó suy dinh dưỡng vừa là 46,5% và nặng là 9,4%. Kết quả này tương ứng với tỷ lệ SDD khi được đánh giá theo phương pháp SGA của Phạm Thị Thu Hương (2013) trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai với tỷ lệ có nguy cơ SDD theo SGA là 55,7% [4] và của Phan Thị Bích Hạnh (2016) nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư

đường tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 58,5% [1].

Về giá trị trung bình của các chỉ tiêu nghiên cứu theo nhóm tuổi cho thấy tuổi cao giá trị càng thấp, qua đó nguy cơ SDD càng cao. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chỉ tìm ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa BMI và hemoglobin của nhóm tuổi dưới 40 tuổi cao hơn so với chỉ số ở nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên. Kết quả này giống với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (2014) với kết quả tuổi cao là một yếu tố nguy cơ của tình trạng SDD [5]. Nghiên cứu của Đào Thị Thu Hoài trên các bệnh nhân ung thư cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bị SDD ở người trên 65 tuổi cao hơn so với người dưới 65 tuổi [6]. Kết quả này có thể được giải thích bởi trên những bệnh nhân lớn tuổi có thể trạng kém hơn, sức chịu đựng và khả năng hấp thu kém hơn, đối tượng dễ bị tổn thương hơn về cả thể chất và tâm lý, đồng thời những yếu tố khác như sa sút trí tuệ, bất động, chán ăn hay răng yếu có thể làm trầm trọng thêm TTDD ở các bệnh nhân này. Như vậy, việc tư vấn, chăm sóc và giám sát TTDD cần chú trọng

nhều hơn đến các bệnh nhân già - nhóm có nguy cơ cao bị SDD.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân thiếu năng lượng trường diễn (BMI dưới 18,5) là 41,8%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nhân và cộng sự khảo sát TTDD của 325 bệnh nhân ung thư tại Khoa Ung bướu - Bệnh viện Nhân dân 115 (2012) với tỷ lệ bệnh nhân có BMI dưới 18,5 là 24,3% [7], nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hoài (2015) khi nghiên cứu trên 321 bệnh nhân ung thư tại Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung bướu - Bệnh viện Bạch Mai cho tỷ lệ bệnh nhân ung thư có BMI dưới 18,5 là 30,8%. Một nghiên cứu khác được tiến hành trên các bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 cũng cho tỷ lệ bệnh nhân có BMI dưới 18,5 là 25,9% [1]. Tuy nhiên, kết quả này của chúng tôi thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Phạm Thu Hương trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai (2013) cho tỷ lệ bệnh nhân có BMI dưới 18,5 lên đến 58,6% [4]. Như vậy, có thể thấy mặc dù tỷ lệ bệnh nhân bị SDD theo BMI có sự khác nhau giữa các nghiên cứu trong nước nhưng đều ở mức khá cao.

Bộ công cụ BBT là phương pháp sàng lọc suy dinh dưỡng được rút gọn từ phương pháp đánh giá SGA với mục đích giảm thời gian đánh giá của nhân viên y tế nhưng vẫn cho kết quả đúng. Phương pháp này được đánh giá dựa trên 3 chỉ tiêu chính là BMI, khả năng ăn bằng đường miệng, và giảm cân trong vòng 3 tháng [3], [4]. Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng được xác định bằng bộ công cụ BBT cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân bị SDD theo BMI (55,9% so với 41,8%). Điều này có thể được lý giải do SDD là quá trình động, đi cùng với việc mất trọng lượng ổn định ngay cả ở những người đủ cân nặng theo chiều cao. Các triệu chứng này nếu chỉ dựa vào BMI thường bị mờ nhạt, vì vậy một người bệnh có thể có tình trạng dinh dưỡng theo BMI là bình thường nếu không được quan tâm phân loại về các triệu chứng bệnh sử như phương pháp BBT

thì có thể bỏ sót rất nhiều bệnh nhân có nguy cơ SDD. Vì vậy, ngưỡng 18,5 là chỉ số đánh giá SDD cho cộng đồng và không nên được sử dụng như là chỉ số duy nhất để đánh giá TTDD cho bệnh nhân trong bệnh viện. Do đó, trong quá trình đánh giá TTDD cho bệnh nhân ung thư cũng như bệnh nhân mới nhập viện nên sử dụng phối hợp chỉ số nhân trắc với các thông số/dấu hiệu khác (đặc biệt là sụt cân và thay đổi trong khẩu phần ăn) để đánh giá đúng và toàn diện TTDD cho các bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ SDD theo albumin là 22,4%. Kết quả này thấp hơn hẳn so với phân loại của BMI và đánh giá bằng bộ công cụ BBT. Điều này cho thấy nếu chỉ dùng đơn thuần chỉ số albumin để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho các bệnh nhân ung thư thì đã bỏ sót khá nhiều bệnh nhân có nguy cơ SDD. Bởi albumin có thời gian bán hủy dài (18 - 20 ngày), đồng thời còn bị ảnh hưởng bởi chức năng gan và một số yếu tố khác như một số bệnh nhân có dấu hiệu SDD nặng trên lâm sàng (teo cơ, mất lớp mỡ dưới da, sụt cân, ăn uống kém...) như bị giảm thể tích tuần hoàn do mất dịch thì albumin có thể tăng mặc dù thực chất bệnh nhân đang bị SDD nặng. Kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương (2013) với tỷ lệ bệnh nhân có albumin < 35g/l là 31,4% [4], và nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (2014) trên bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Quân y 103 với tỷ lệ SDD theo albumin là 23,7% [5].

Dựa vào cơ sở SDD gây suy giảm chức năng miễn dịch nên TTDD được đánh giá thông qua phép đo tổng số lượng tế bào lympho. Tỷ lệ SDD theo tổng số lượng tế bào lympho chiếm tỷ lệ 67,6%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (2014) tại Bệnh viện Quân y 103 với tỷ lệ SDD theo TLC là 68,1%. Như vậy, so sánh với các phương pháp khác, tỷ lệ SDD theo chỉ số lympho là cao nhất. Tuy nhiên, TLC bị ảnh hưởng bởi sự thiếu hụt protein nội mô (tình trạng SDD) nhưng ngoài ra chúng còn bị ảnh hưởng bởi các bệnh khác. Vì vậy, mặc dù có tiềm năng là chỉ số đánh giá TTDD

nhưng chúng ta không thể tách biệt được ảnh hưởng của SDD và các bệnh lý, các loại thuốc điều trị khác. Vì vậy, TLC không phải là chỉ số đánh giá TTDD đáng tin cậy.

Có đến 52,9% bệnh nhân ung thư bị thiếu máu. Tỷ lệ thiếu máu theo nghiên cứu chúng tôi gần tương tự so với nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh với tỷ lệ là 52% và thấp hơn với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương (2013) với tỷ lệ là 57,1% [4]; với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn trên các bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Quân y 103 với tỷ lệ thiếu máu là 70,0% [5].

5. Kết luận

Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư theo BBT là 55,9%.

Chỉ số BMI là một trong những chỉ tiêu dùng để sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng, với những bệnh nhân có BMI bình thường cần được sàng lọc tiếp bằng công cụ sàng lọc dinh dưỡng BBT (mức độ sụt cân trong vòng 3 tháng và mức độ giảm khẩu phần ăn hàng ngày) để tránh bỏ sót những bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng.

Các chỉ tiêu khác như albumin, protein là một trong những chỉ tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng nhưng chưa đặc hiệu cho việc sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng cho bệnh nhân mới vào viện.

Tài liệu tham khảo

1. Dương Thị Phượng, Lê Thị Hương, Nguyễn Thùy Linh, Dương Thị Yến (2017) *Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016*. Tạp chí Nghiên cứu Khoa học 160(1), tr. 163-169.
2. Bộ Y tế (2015) *Hướng dẫn điều trị Dinh dưỡng lâm sàng*. Nhà Xuất bản Y học.
3. Phùng Trọng Nghị và Vũ Thị Trang (2015) *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân*

ung thư tại Trung tâm ung bướu và Y học hạt nhân, Bệnh viện Quân y 103. Báo cáo Hội nghị khoa học chào mừng 65 năm truyền thống Bệnh viện Quân y 103.

4. Phạm Thị Thu Hương và các cộng sự (2013) *Thực trạng dinh dưỡng, kiến thức và thực hành dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đại trực tràng điều trị hóa chất tại Trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu Bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm 9(4).
5. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Bá Anh và Lê Minh Hương (2013) *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày*. Tạp chí Y học thực hành 884(10).
6. Đào Thị Thu Hoài (2015) *Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai*. Luận văn Thạc sỹ dinh dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Thị Thanh Nhân (2012) *Khảo sát tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Khoa Ung bướu - Bệnh viện Nhân dân 115*. Dinh dưỡng và thực phẩm 11(3), tr. 47-49.
8. Fearon K, Strasser F, Anker SD et al (2011) *Definition and classification of cancer cachexia: An international consensus*. Lancet Oncol 12(5): 489-495.
9. Manders AJ (2015) *Comparison of a novel brief nutrition screening tool and the nutrition subjective global assessment at Bach Mai Hospital (BMH), Hanoi, Vietnam*. Published online: 1/2015 https://www.fasebj.org/doi/10.1096/fasebj.29.1_supplement.579.20.
10. Torre LA, Bray F, Siegel RL et al (2015) *Global cancer statistics, 2012*. CA Cancer J Clin 65(2): 87-108.