

DOI: 10.58490/CTUMP.2025I93.4255

**XÂY DỰNG BẢNG ĐIỂM PHÂN TẦNG NGUY CƠ SUY DINH DƯỠNG
NHẪM CAN THIỆP DINH DƯỠNG SỚM Ở BỆNH NHÂN
UNG THƯ THỰC QUẢN NGỰC TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT**

Nguyễn Đỗ Nhân*

Bệnh viện Thống Nhất

*Email: bsnguyendonhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/10/2025

Ngày phản biện: 19/11/2025

Ngày duyệt đăng: 25/11/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dinh dưỡng là yếu tố quan trọng trong điều trị ung thư thực quản đa mô thức. Đánh giá dinh dưỡng, can thiệp sớm còn nhiều thách thức và ít thông tin ở người cao tuổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá suy dinh dưỡng và xây dựng hệ thống điểm phân tầng nguy cơ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân mắc ung thư thực quản ngực. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả đánh giá tình trạng dinh dưỡng 65 trường hợp ung thư thực quản ngực tại Bệnh viện Thống Nhất từ 06/2020 - 06/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng ở nhóm ≥ 70 tuổi là 46,1%, BMI $< 18,5$ kg/m² là 38,5%, albumin huyết thanh < 35 g/L là 41,5%, sụt cân $> 5\%$ trong 06 tháng là 56,9%. Nguy cơ suy dinh dưỡng (NRS-2002) ≥ 3 điểm là 81,5%, suy dinh dưỡng (GLIM) là 73,8%. Phân tầng nguy cơ/điểm: thấp (0-2), trung bình (3-5), cao (≥ 6). ROC (điểm cắt ≥ 3) xác định nguy cơ suy dinh dưỡng với độ nhạy 89,5%, độ đặc hiệu 70,0%. **Kết luận:** Suy dinh dưỡng ở nhóm nghiên cứu có tỷ lệ cao. Bảng điểm phân tầng nguy cơ đề xuất có độ nhạy, độ đặc hiệu tốt trong sàng lọc, có tiềm năng áp dụng nhằm can thiệp dinh dưỡng sớm.

Từ khóa: suy dinh dưỡng, người cao tuổi, nguy cơ.

ABSTRACT

**DEVELOPMENT OF A RISK STRATIFICATION SCORING SYSTEM
FOR EARLY NUTRITIONAL INTERVENTION IN PATIENTS WITH
THORACIC ESOPHAGEAL CANCER AT THONG NHAT HOSPITAL**

Nguyen Do Nhan*

Thong Nhat Hospital

Background: Nutrition is a key factor in multimodal treatment of esophageal cancer. Nutritional assessment, early intervention remain challenging, with limited data available in the elderly population. **Objectives:** To evaluate malnutrition and to develop a risk stratification scoring system for malnutrition in patients with thoracic esophageal cancer. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 65 patients with thoracic esophageal cancer treated at Thong Nhat Hospital from 06/2020 to 06/2025. **Results:** The prevalence of malnutrition risk among patients aged >70 years was 46.1%; BMI <18.5 kg/m² in 38.5%; serum albumin <35 g/L in 41.5%; weight loss $>5\%$ within 6 months in 56.9%. The proportion of patients at nutritional risk (NRS-2002 > 3) was 81.5%; malnutrition (GLIM) was 73.8%. The proposed risk stratification/score: low (0-2), moderate (3-5), high (≥ 6). The ROC curve (cut-off > 3) showed a sensitivity of 89.5% and a specificity of 70.0% in identifying malnutrition risk. **Conclusion:** Malnutrition was high in the study group. The proposed malnutrition risk score demonstrates good sensitivity and specificity for screening and holds potential for early nutritional intervention.

Keywords: malnutrition, elderly, risk stratification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản có tiên lượng xấu nhưng y học đã có nhiều giải pháp xử trí hiệu quả. Tuy nhiên, ở người cao tuổi mắc bệnh, suy dinh dưỡng diễn tiến nhanh có thể làm thất bại mọi chiến lược đó. Thực quản ngực, cửa ngõ ống tiêu hóa, trong ung thư có thể gây khó nuốt, giảm ăn kéo dài, suy giảm chất lượng sống, kéo dài thời gian nằm viện và tăng nguy cơ phẫu thuật, tử vong. Hiện nay có nhiều công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng được mô tả trong y văn [1], [2].

Gần đây, một số nghiên cứu cho thấy nhiều yếu tố như chỉ số khối cơ thể (BMI) <18,5, sụt cân > 5%, albumin < 35 g/L, đa bệnh đồng mắc ở người cao tuổi có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ suy dinh dưỡng theo GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) và NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) [3], [4]. Các công cụ đánh giá dinh dưỡng như GLIM, NRS - 2002 có từ lâu nhưng cần đánh giá nhiều bước, một số chỉ số (như giảm thể tích khối cơ) khó đo tại giường, chưa được lượng hóa theo nguy cơ cụ thể ở người cao tuổi để phân tầng điều trị.

Do đó, cần phát triển một hệ thống điểm đơn giản nhưng hiệu quả, có khả năng phân tầng nguy cơ suy dinh dưỡng, hỗ trợ lâm sàng đánh giá và can thiệp sớm, lựa chọn phương pháp nuôi ăn nhằm cá thể hóa điều trị hỗ trợ dinh dưỡng, hỗ trợ chiến lược điều trị đa mô thức, cải thiện tiên lượng lâu dài cho nhóm bệnh nhân đặc biệt này.

Nghiên cứu này nhằm: đánh giá suy dinh dưỡng và xây dựng một hệ thống điểm lâm sàng nhằm phân tầng nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh mắc ung thư thực quản ngực, từ đó hướng dẫn can thiệp dinh dưỡng sớm và cá thể hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư thực quản ngực điều trị tại khoa Ngoại tim mạch lồng ngực bệnh viện Thống Nhất từ 06/2020 - 06/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn:** Chẩn đoán xác định ung thư thực quản ngực qua nội soi sinh thiết. Có hồ sơ bệnh án đầy đủ (BMI, albumin, cân nặng, thông tin phẫu thuật, GLIM, NRS-2002).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư ở giai đoạn IV tiến xa không được đánh giá dinh dưỡng. Thiếu dữ liệu (BMI, albumin, cân nặng). Ung thư khác đồng mắc. Bệnh kèm hấp thu khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.

- **Cỡ mẫu:** (ước lượng một tỉ lệ):

$$n = Z^2 \frac{P \times (1-P)}{d^2}$$

Trong đó n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có; P: Tỉ lệ mẫu ước tính; α : Mức ý nghĩa thống kê thường là 0.05; d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể; $Z(1-\alpha/2)$: Giá trị Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn. Tỉ lệ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu là khoảng 60% [5]. Vì vậy, chúng tôi chọn $p = 0,6$, $d=0,125$ (độ chính xác $\pm 12,5\%$). Quy ước $\alpha = 0,05$, đối chiếu $Z = 1,96$. Thay vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu là 59 trường hợp. Chúng tôi thu thập được 65 trường hợp nghiên cứu vào nghiên cứu.

- **Quy trình, đánh giá:**

+ Chẩn đoán bệnh: Ung thư qua mô học, giai đoạn (theo TNM) theo AJCC8.

+ Đánh giá (đến ngày tiền phẫu): Chỉ số CCI ≥ 3 (≥ 2 bệnh đồng mắc, Charlson Comorbidities Index) [6], Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index): thiếu năng lượng trường diễn < 18,5 kg/m². Nguy cơ dinh dưỡng theo NRS-2002 (Nutritional Risk

Screening): có nguy cơ suy dinh dưỡng: ≥ 3 điểm [2]. Suy dinh dưỡng theo GLIM (The Global Leadership Initiative on Malnutrition) [1]: có ít nhất 1 tiêu chí kiểu hình và 1 tiêu chí nguyên nhân.

+ Quy trình điều trị u: Chẩn đoán xác định ung thư thực quản ngực qua nội soi sinh thiết mô u thực quản làm giải phẫu bệnh. Giai đoạn ung thư theo T, N, M. Nhóm phẫu thuật cắt thực quản tái tạo ống tiêu hóa bằng dạ dày và nhóm mở thông dạ dày nuôi ăn.

- **Thu thập số liệu:** Tuổi (tròn năm), BMI ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), albumin/máu ($< 35 \text{ g/L}$), sụt cân ($>5\%$ trong 6 tháng), bệnh đồng mắc (≥ 02 bệnh), ăn vào $< 50\%$ nhu cầu ≥ 1 tuần, nguy cơ dinh dưỡng theo NRS-2002, suy dinh dưỡng theo GLIM. Xây dựng mô hình chấm điểm (1-2 điểm cho mỗi yếu tố). Phân tầng nhóm nguy cơ: thấp: 0-2 điểm; trung bình: 3-5 điểm; cao: ≥ 6 điểm.

- **Phân tích, thống kê:** Phân tích đơn biến (phép kiểm chi-square, t-test). Hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan. Đánh giá các nhóm nguy cơ theo phân tầng, đánh giá mô hình bằng ROC và diện tích dưới đường cong (AUC), độ nhạy, độ đặc hiệu.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu này hồi cứu hồ sơ, không tiếp xúc trực tiếp bệnh nhân và mọi thông tin người bệnh đều không được công bố. Nghiên cứu được Hội đồng Y đức bệnh viện Thống Nhất thông qua theo quyết định số 42/2025/CN-BVTN-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm dinh dưỡng trong mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Tần suất yếu tố nguy cơ trong mẫu

Yếu tố khảo sát (n=65, 100%)	Số lượng	Tần suất (%)
Tuổi (năm)		
< 60	04	6,2%
60 - < 70	31	47,7%
≥ 70	30	46,1%
Chỉ số khối cơ thể (BMI)		
$\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$	40	61,5%
$< 18,5 \text{ kg/m}^2$	25	38,5%
Albumin (huyết thanh)		
$\geq 35 \text{ g/L}$	38	58,5%
$< 35 \text{ g/L}$	27	41,5%
Sụt cân $>5\%$ trong 6 tháng	37	56,9%
Ăn vào $< 50\%$ nhu cầu ≥ 1 tuần	39	60,0%
Bệnh đồng mắc (CCI)		
01 bệnh đồng mắc	36	55,4%
≥ 2 bệnh đồng mắc	29	44,6%
Suy dinh dưỡng theo NRS-2002 ≥ 3	53	81,5%
Suy dinh dưỡng theo GLIM	48	73,8%

Nhận xét: Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ suy dinh dưỡng tuổi ≥ 70 là 46,1%, BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ là 38,5%, albumin/ huyết thanh $< 35 \text{ g/L}$ là 41,5%, sụt cân $> 5\%$ trong 06 tháng là 56,9%, giảm ăn vào $< 50\%$ nhu cầu ≥ 1 tuần là 60,0%, từ 2 bệnh đồng mắc là 44,6%, nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 ≥ 3 điểm là 81,5% và suy dinh dưỡng theo GLIM là 73,8%.

Liên quan yếu tố khảo sát đến nguy cơ suy dinh dưỡng NRS-2002, GLIM

Bảng 2. Liên quan của các yếu tố khảo sát đến dinh dưỡng NRS-2002, GLIM

Yếu tố	Nguy cơ liên quan NRS-2002 và GLIM			
	NRS-2002 ≥ 3 (%)	P value*	GLIM (%)	P value*
BMI <18,5 kg/m ²	91,2	0,038	88,0	0,022
Albumin <35 g/L	89,1	0,045	85,7	0,037
Sụt cân >5% trong 6 tháng	94,6	0,003	91,8	0,001
Ăn < 50% nhu cầu ≥ 1 tuần	95,3	0,006	89,7	0,008
≥ 2 bệnh lý mạn	88,0	0,041	81,6	0,039
Tuổi ≥ 70	85,7	0,112	77,4	0,174

* *Phép kiểm Chi-square*

Nhận xét: Chỉ số BMI <18,5 kg/m², albumin <35 g/L, sụt cân >5% trong 6 tháng, giảm ăn <50% nhu cầu ≥ 1 tuần và đồng mắc ≥ 2 bệnh có liên quan có ý nghĩa với nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 và suy dinh dưỡng theo GLIM (chọn mức $p < 0,05$). Yếu tố tuổi ≥ 70 mặc dù có xu hướng liên quan nhưng không có ý nghĩa qua kiểm thống kê.

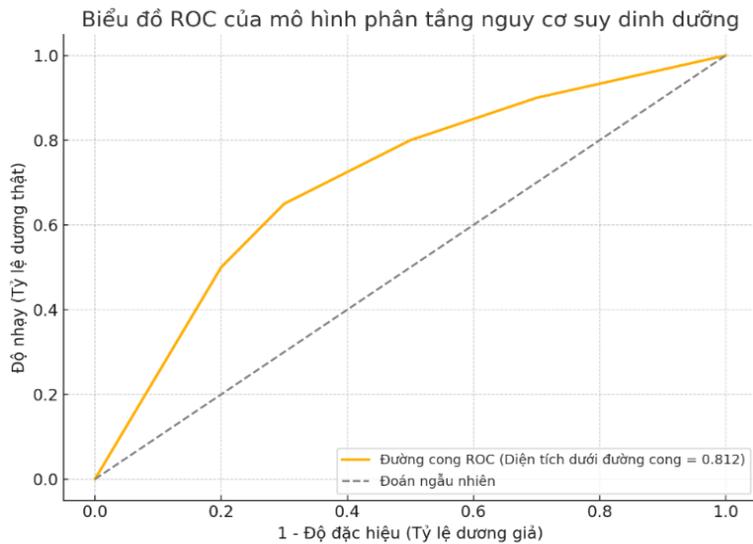
Bảng 3. Đánh giá liên quan sau hiệu chỉnh, NRS-2002, GLIM

Yếu tố	Yếu tố nguy cơ liên quan NRS-2002		
	OR hiệu chỉnh	Khoảng tin cậy 95%	P value**
BMI <18,5 kg/m ²	2,81	1,12-7,02	0,028
Albumin <35 g/L	3,10	1,18-8,14	0,023
Sụt cân >5% trong 6 tháng	4,52	1,61-12,65	0,004
Ăn vào <50% nhu cầu ≥ 1 tuần	4,05	1,43-11,45	0,008
	Yếu tố nguy cơ liên quan GLIM		
BMI <18,5 kg/m ²	3,42	1,30-9,03	0,012
Albumin <35 g/L	2,89	1,09-7,67	0,034
Sụt cân >5% trong 6 tháng	5,11	1,87-13,96	0,001
Ăn vào <50% nhu cầu ≥ 1 tuần	4,46	1,55-12,84	0,005

** *Hồi quy đa biến logistic*

Nhận xét: Các yếu tố khảo sát BMI <18,5 kg/m², albumin/ huyết thanh <35 g/L, sụt cân >5% trong 06 tháng và ăn <50% năng lượng ≥ 1 tuần có liên quan độc lập với nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 và suy dinh dưỡng theo GLIM (chọn $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%). Bệnh đồng mắc ≥ 2 bệnh không phải là yếu tố liên quan độc lập.

Chúng tôi đề xuất cho các yếu tố nguy cơ có liên quan độc lập là 2 điểm (bốn yếu tố), còn lại 1 điểm (hai yếu tố), và phân tầng nguy cơ: thấp: 0-2 điểm, trung bình: 3-5 điểm, cao: ≥ 6 điểm. Phân tích ROC theo từng điểm cắt của nguy cơ suy dinh dưỡng, cho thấy ở điểm cắt là 3, độ nhạy đạt 89,5% và có chỉ số Youden cao nhất (0,595). Vì vậy, chúng tôi chọn điểm cắt là 3 trong xác định nguy cơ suy dinh dưỡng.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của mô hình phân tầng nguy cơ (điểm cắt ≥ 3 điểm)

Nhận xét: Biểu đồ cho thấy diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,812, độ nhạy đạt 89,5% và độ đặc hiệu là 70,0%.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, theo EPSEN, có nhiều thông số hữu ích giúp đánh giá tình trạng dinh dưỡng [1], [3]. Trong nghiên cứu chúng tôi, không sử dụng hết các thông số đó mà chọn một số chỉ số có liên quan đến người cao tuổi mắc bệnh do dịch tễ ung thư thực quản ngược đa số xảy ra ở nhóm tuổi này. Tuổi từ 70 trở lên được xem là ngưỡng tuổi xảy ra giảm đồng hóa, teo cơ làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng khi mắc ung thư thực quản [3]. Chỉ số khối cơ thể BMI $<18,5$ kg/m^2 (thiếu năng lượng trường diễn) là chỉ số hình thái quan trọng cho thấy tình trạng thiếu hụt khối nạc toàn thân. Hướng dẫn của ESPEN (2021) khuyến cáo đưa BMI vào sàng lọc đầu tiên trong bệnh cảnh ung thư [3]. Albumin huyết thanh <35 g/L phản ánh tình trạng viêm mạn tính thiếu protein dẫn đến giảm hấp thu và đồng hóa trong nghiên cứu của Shinsuke Suzuki qua các thống kê về dịch tễ học [4]. Sụt cân trên 5% trong vòng 6 tháng gần nhất là tiêu chí trong nhiều công cụ đánh giá dinh dưỡng, trong đó có GLIM, vì thể hiện suy mòn do thiếu protein [2]. Người cao tuổi tại Việt Nam hay gặp bệnh đồng mắc, trong đó hai bệnh lý mạn tính trở lên như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường type 2 hay bệnh mạch vành làm tăng chuyển hóa, mất cân bằng dinh dưỡng, và có thể lượng giá bằng chỉ số Charlson [6]. Mức ăn vào $<50\%$ nhu cầu năng lượng/ngày trong ít nhất một tuần trước nhập viện là yếu tố cơ bản trong đánh giá suy dinh dưỡng được GLIM khuyến cáo [7]. Những yếu tố thường được khảo sát tại bệnh viện Thống Nhất, có thể giúp chẩn đoán và tiên lượng diễn tiến lâm sàng giúp nguy cơ dinh dưỡng ở người cao tuổi mắc ung thư thực quản.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trường hợp NRS-2002 ≥ 3 điểm là 81,5% và suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM là 73,8%, phù hợp với một số nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư tiêu hóa khoảng từ 60-80%, đặc biệt cao ở ung thư thực quản do liên quan trực tiếp đến chức năng nuốt và hấp thu dinh dưỡng [3]. Các yếu tố nguy cơ chính: sụt cân $>5\%$ trong 6 tháng (56,9%), ăn vào $<50\%$ nhu cầu năng lượng từ ≥ 1 tuần (60,0%) và BMI $<18,5$ kg/m^2 (38,5%), phản ánh tình trạng suy giảm khối cơ và rối loạn chuyển hóa. Nghiên cứu Cederholm và Jensen đã xác định vai trò bắt buộc các chỉ số

này trong chẩn đoán suy dinh dưỡng theo GLIM [2], [7]. 41,5% trường hợp có albumin máu <35 g/L, cho thấy tình trạng viêm mạn và có liên quan đến tiên lượng sống còn kém. Tỷ lệ có ≥ 2 bệnh lý mạn kèm (44,6%) và tuổi ≥ 70 (46,1%) phản ánh mức độ đa bệnh lý và lão hóa có vai trò quan trọng làm nặng thêm tình trạng dinh dưỡng ở nhóm bệnh nhân này. Điều đã được khẳng định trong các hướng dẫn ESPEN và phân tích của Maurizio M về nguy cơ suy dinh dưỡng ở người cao tuổi mắc ung thư [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI <18,5 kg/m² có tỷ lệ là 41,5%, albumin huyết thanh <35 g/L là 53,8%, và sụt cân > 5% trong 6 tháng là 72,3%. Tất cả có liên quan với tình trạng suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM và NRS-2002. Kết quả hồi quy logistic cho thấy BMI <18,5 làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng theo GLIM với OR hiệu chỉnh 3,92 ($p = 0,012$) và theo NRS-2002 là 3,26 ($p = 0,031$). Báo cáo của Muscaritoli M, chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp là yếu tố quan trọng trong tiên lượng kết quả xấu ở bệnh nhân ung thư [3]. Đồng thời, chỉ số Albumin huyết thanh <35 g/L trong nghiên cứu chúng tôi cũng cho OR từ 2,87 đến 3,01, tương tự như nghiên cứu tổng quan hệ thống của Gupta và cộng sự, rằng nồng độ albumin thấp liên quan với tỷ lệ tử vong cao và kết quả điều trị kém trong ung thư thực quản [4]. Bên cạnh đó, yếu tố giảm ăn vào <50% năng lượng trong ít nhất một tuần được ghi nhận ở 49,2% bệnh nhân và có OR là 3,86 đối với GLIM ($p = 0,019$), tương tự với ghi nhận của Jensen (JPEN 2021), trong đó giảm ăn là yếu tố nguyên nhân mạnh nhất dẫn đến tiến triển suy mòn protein năng lượng [7].

Dựa trên các yếu tố đã khảo sát và mức độ liên quan, chúng tôi đề xuất cho điểm và thành lập bảng điểm phân tầng đánh giá nhanh nguy cơ suy dinh dưỡng lâm sàng gồm 6 yếu tố: tuổi ≥ 70 (1 điểm), BMI <18,5 (2 điểm), albumin <35 g/L (2 điểm), sụt cân >5% (2 điểm), ≥ 2 bệnh lý mạn kèm (1 điểm) và ăn <50% năng lượng trong ≥ 1 tuần (2 điểm). Tổng điểm tối đa là 10. Các trọng số điểm được chọn dựa vào mức độ liên quan qua phép kiểm hồi quy đa biến logistic tiên lượng nguy cơ, trong đó các yếu tố hình thái (BMI, albumin, sụt cân) và ăn <50% năng lượng trong ≥ 1 tuần được cho 2 điểm vì liên quan độc lập qua kiểm tra hồi quy, và yếu tố tuổi > 70 hoặc đa bệnh đồng mắc (CCI[6]) được cho 1 điểm dựa theo mô hình đề xuất từ GLIM (2025) và ESPEN 2021 [2], [3]. Phân tầng nguy cơ được đánh giá như sau: thấp: 0-2 điểm, trung bình: 3-5 điểm và cao: ≥ 6 điểm. Phân tích ROC theo từng điểm cắt của nguy cơ suy dinh dưỡng, cho thấy ở điểm cắt là 3, độ nhạy đạt 89,5% và có chỉ số Youden cao nhất (0,595). Từ đó, chúng tôi chọn ngưỡng điểm ≥ 3 điểm làm điểm cắt xác định nguy cơ suy dinh dưỡng. Áp dụng vào mẫu nghiên cứu, theo mô hình đường cong ROC, thu được mô hình phân tầng nguy cơ suy dinh dưỡng trong biểu đồ 01. Biểu đồ cho thấy diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,812, độ nhạy đạt 89,5% và độ đặc hiệu 70,0%. Hệ thống điểm giúp phát hiện khá tốt suy dinh dưỡng thực sự theo GLIM, NRS-2002. Mô hình đề xuất cũng đạt tiêu chí chấp nhận lâm sàng với AUC >0,8 và cân bằng giữa độ nhạy và độ đặc hiệu, đặc biệt có khả năng thu được các trường hợp có nguy cơ cao cần can thiệp sớm. Kết quả này cũng tương đương với hệ thống điểm của Du Z và cộng sự (2022) trong một nghiên cứu đa trung tâm trên bệnh nhân ung thư thực quản ≥ 65 tuổi, trong đó diện tích dưới đường cong (AUC) của mô hình sàng lọc dinh dưỡng là 0,801 [8]. Đồng thời, tại điểm cắt 6 cho giá trị đặc hiệu cao về suy dinh dưỡng nặng, tuy nhiên nghiên cứu này tập trung sàng lọc và phát hiện sớm suy dinh dưỡng một cách chuẩn hóa ở bệnh nhân ung thư nhằm xử trí sớm nên thông tin tại điểm cắt 6 xin trình bày trong nghiên cứu liên quan khác.

Bảng phân tầng trên có ưu điểm lớn là đơn giản, dễ sử dụng, chỉ cần thông tin lâm sàng và sinh hóa cơ bản. Việc sử dụng điểm số thay cho chỉ định tính toán đơn lẻ phù hợp lâm sàng, trực quan, không yêu cầu các kỹ thuật chuyên sâu như đo khối cơ bằng DEXA

hay xét nghiệm CRP, điều vốn chưa phổ biến tại nhiều đơn vị cơ sở, đồng thời giúp bác sĩ điều trị không chuyên khoa dinh dưỡng sàng lọc, can thiệp dinh dưỡng sớm. Ngoài ra, mô hình cho kết quả phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế và có khả năng phát hiện sớm các trường hợp nguy cơ cao. Điểm hạn chế là chưa có phân tích giá trị dự báo dài hạn, tiên lượng tử vong hoặc biến chứng hậu phẫu. Một số yếu tố tiềm năng như tình trạng viêm hoặc chất lượng cơ chưa được đưa vào đánh giá do hạn chế dữ liệu. Trong giai đoạn tiếp theo, cần hiệu chỉnh bảng điểm qua nghiên cứu đa trung tâm, thu thập cỡ mẫu lớn hơn và tích hợp vào hệ thống can thiệp dinh dưỡng sớm để đánh giá hiệu quả trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư thực quản ngực tại bệnh viện Thống Nhất có tỉ lệ cao, với các yếu tố nguy cơ rõ rệt như BMI thấp, albumin giảm, sụt cân và giảm ăn kéo dài. Bảng điểm phân tầng nguy cơ đề xuất với điểm cắt từ 3 trở lên cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu tốt trong sàng lọc. Mô hình có tiềm năng ứng dụng lâm sàng nhằm cá thể hóa và can thiệp dinh dưỡng sớm, góp phần cải thiện tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moghaddam OM, Emam MH, *et al.* Relation between nutritional status on clinical outcomes of critically ill patients: emphasizing nutritional screening tools in a prospective cohort investigation. *BMC Nutr.* 2024. 10:69, doi: 10.1186/s40795-024-00869-3.
 2. Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, Gonzalez MC, *et al.* The GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: A 5-year update. *Clin Nutr.* 2025. 49(3), 414-427, doi: 10.1016/j.clnu.2025.03.018.
 3. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N *et al.* ESPEN Practical Guideline: Clinical Nutrition in Cancer. *Clin Nutr.* 2021. 40(11), 2898-2913, doi: 10.1016/j.clnu.2021.02.005.
 4. Shinsuke Suzuki, Yukie Taguchi *et al.* Serum Albumin as an Independent Predictor of Long-Term Survival in Patients with Recurrent and Metastatic Head and Neck Squamous Cell Carcinoma Treated with Nivolumab. *J. Clin. Med.* 2024. 13(9), 2456, <https://doi.org/10.3390/jcm13092456>.
 5. Li Y, Chong F, Huo Z, Li N, Liu J, Xu H, *et al.* GLIM-defined malnutrition and overall survival in cancer patients: a meta-analysis. *J Parenter Enteral Nutr.* 2023. 47(2), 207-219, doi:10.1002/jpen.2463.
 6. Kevin Ly, Dorothy Wakefield, *et al.* The usefulness of Charlson Comorbidity Index (CCI) scoring in predicting all-cause mortality in Outpatients with Clinical Diagnoses of COPD. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity.* 2025. 15, <https://doi.org/10.1177/26335565251315876>.
 7. Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, *et al.* GLIM criteria for malnutrition diagnosis. *JPEN.* 2021. 45(5), 1155-1160, DOI: 10.1002/jpen.1440.
 8. Zeng X, Xu X, Li Q, Huang J, Wang Y, Liu D, *et al.* Development and validation of a prognostic nomogram for overall survival in patients with esophageal squamous cell carcinoma: a SEER-based study. *Front Immunol.* 2025. 16,1524439, doi:10.3389/fimmu.2025.1524439.
-