

## NHU CẦU CHĂM SÓC DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG ĂN UỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ CÓ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU, BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 NĂM 2019

Tạ Việt Hà<sup>1</sup>, Vương Ánh Dương<sup>2</sup>, Lê Đức Thịnh<sup>3</sup>, Phạm Đức Minh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát nhu cầu chăm sóc, can thiệp dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tới khả năng ăn uống của bệnh nhân (BN) ung thư. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên BN ung thư điều trị nội trú tại Trung tâm Ung bướu và Y học hạt nhân, Bệnh viện Quân y 103. Sử dụng phương pháp tính điểm suy dinh dưỡng (PG-SGA) và chỉ số BMI. Nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng được khuyến nghị dựa trên điểm PG-SGA, đồng thời đánh giá một số triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống của BN trong quá trình chăm sóc. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) và nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng tích cực lần lượt là 91% và 80,7%. BN ung thư đường tiêu hóa có tình trạng dinh dưỡng kém nhất và nhu cầu khuyến nghị can thiệp dinh dưỡng cao nhất. Nhóm SDD (BMI < 18,5) có nhu cầu can thiệp dinh dưỡng cao hơn (OR = 3,1) nhóm còn lại. Một số triệu chứng hay gặp gây ảnh hưởng đến khả năng ăn trong quá trình chăm sóc BN là chán ăn (65,1%), mệt mỏi (62,7%), thay đổi vị giác (61,8%), đau (37,3%), khô miệng (32,5%), mùi vị thức ăn (29,2%), khó nuốt (23,6%). Trong đó, chán ăn (OR = 2,1) và mệt mỏi (OR = 1,9) có ảnh hưởng nhiều nhất tới BMI của BN. **Kết luận:** SDD trên BN ung thư và nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao. BN càng SDD càng cần can thiệp dinh dưỡng tích cực. Trong khi đó, BN thường xuyên gặp các triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống trong quá trình điều trị gây khó khăn cho việc cung cấp, bổ sung năng lượng qua đường tiêu hóa, tăng nguy cơ SDD. Cần đẩy mạnh can thiệp dinh dưỡng giúp quá trình chăm sóc và điều trị BN ung thư đạt hiệu quả hơn.

\* Từ khóa: Chăm sóc dinh dưỡng; Ung thư; Triệu chứng ảnh hưởng ăn uống; PG-SGA.

### *Nutritional Caring Demand and some Factors Affecting the Dietary of Chemotherapy Cancer Patients at Oncology Center, Military Hospital 103*

#### **Summary**

**Objectives:** To investigate the need for care, triage nutritional intervention of cancer patients, and some factors affecting the patient's eating ability. **Subjects and methods:** A descriptive study on cancer patients treated at Oncology Center, 103 Military Hospital. The method of calculating the malnutrition score of cancer patients (PG-SGA) and BMI was used. Nutritional care needs were recommended based on the patient-generated nutrition score (PG-SGA). In addition, some symptoms affecting the patient's eating during the care process were evaluated.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

<sup>2</sup>Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế

<sup>3</sup>Học viện Quân y

Người phản hồi: Phạm Đức Minh (drminh103@yahoo.com)

Ngày nhận bài: 11/8/2021

Ngày được chấp nhận đăng: 25/8/2021

**Results:** The rate of malnutrition in cancer patients and the need for intensive nutritional care were 91% and 80.7%, respectively. Patients with gastrointestinal cancer had the poorest nutritional status and the highest need for nutritional intervention recommendations. The malnourished group (BMI < 18.5) had a higher need for nutritional intervention (OR = 3.1) than the other. Some common symptoms affecting the ability to eat during patient care were anorexia (65.1%), fatigue (62.7%), taste changes (61.8%), pain (37.3%), dry mouth (32.5%), food taste (29.2%), difficulty swallowing (23.6%). In which, anorexia (OR = 2.1) and fatigue (OR = 1.9) had the most influence on BMI. **Conclusion:** Malnutrition in cancer patients and the need for nutritional care account for a high rate. The more malnourished the patient is, the more aggressive nutritional interventions are required. Meanwhile, patients often experience symptoms that affect eating during treatment, making it difficult to provide and supplement energy through the digestive tract, increased risk of malnutrition. It is necessary to promote nutritional interventions to improve the care and treatment of cancer patients to be more effective.

\* **Keywords:** Nutritional therapy; Cancer patients; Nutritional impact symptoms; Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA).

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, tỷ lệ tử vong do ung thư chiếm khoảng 9,7% [2], trong đó có đến 20% ca tử vong do SDD [1, 7]. SDD là tình trạng phổ biến ở BN ung thư, chiếm 30 - 85%. Nguyên nhân của SDD ở BN ung thư phức tạp, có thể do vị trí khối u, loại khối u, giai đoạn bệnh, tác dụng phụ của điều trị, tình trạng kinh tế xã hội, triệu chứng của bệnh tác động đến dinh dưỡng hoặc dinh dưỡng không đầy đủ.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng sớm và các yếu tố ảnh hưởng tới khả năng ăn uống sẽ giúp quá trình chăm sóc tích cực, can thiệp dinh dưỡng kịp thời trước và trong suốt quá trình điều trị ung thư, góp phần làm giảm tác dụng gây độc tế bào và biến chứng liên quan do tác dụng phụ của các phương pháp điều trị. Bên cạnh đó, việc xác định thực trạng chăm sóc dinh dưỡng của BN ung thư sẽ giúp bác sĩ điều trị và bác sĩ dinh dưỡng đưa ra những chỉ định phối hợp can thiệp giữa các nhóm điều trị kịp thời cho BN [1, 3]. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu:

Đánh giá thực trạng chăm sóc dinh dưỡng BN ung thư tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Quân y 103.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên BN ung thư điều trị nội trú tại Trung tâm Ung bướu và Y học hạt nhân, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2019 - 10/2019.

\* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN tuổi  $\geq 18$ , được chẩn đoán ung thư có điều trị hóa chất tại Trung tâm Ung bướu và Y học hạt nhân, Bệnh viện Quân y 103. Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ. BN đủ điều kiện sức khỏe để trả lời các câu hỏi điều tra và hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu.

\* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin. BN không có khả năng trả lời các câu hỏi như không nói được, không nghe được vì một lý do nào đó, không minh mẫn, khó khăn trong giao tiếp.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả.

\* *Phương pháp nghiên cứu:*

- Cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu; p: tỷ lệ BN ung thư SDD theo PG-SGA,  $p = 0,517$  [6];  $q = 1 - p$ ; d: khoảng sai lệch, chọn  $d = 7\% = 0,07$ ;  $\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê,  $\alpha = 0,05$ . Khi đó  $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ . Thay vào công thức trên được  $n = 196$ . Để đảm bảo đủ cỡ mẫu cho nghiên cứu nên đã tính dư thêm 20%. Do đó, cỡ mẫu là 250 BN. Khi tiến hành nghiên cứu đã loại ra 38/250 BN do không thỏa mãn điều kiện lựa chọn, còn 212 BN đưa vào phân tích số liệu.

- Chọn mẫu: Theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tất cả BN nằm điều trị nội trú tại bệnh viện trong thời gian tiến hành nghiên cứu và thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được chọn vào nghiên cứu cho tới khi đủ cỡ mẫu.

\* *Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:*

Sử dụng phiếu điều tra, cân bàn đạt tiêu chuẩn, thước dây, tham khảo hồ sơ bệnh án và quyền ảnh dùng cho điều tra khẩu phần ăn của Viện Dinh dưỡng (2014). Dựa trên biến số nghiên cứu và thử nghiệm bộ công cụ. Các thông tin thu được trên phiếu điều tra được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

\* *Thước đo, tiêu chuẩn đánh giá:*

- Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index).

- Phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho BN ung thư:

+ PG-SGA A (dinh dưỡng tốt): Cân nặng ổn định hoặc tăng cân cách không lâu, không giảm khẩu phần ăn vào hoặc được

cải thiện gần đây, không có bất thường về chức năng, hoạt động trong 1 tháng.

+ PG-SGA B (SDD nhẹ hoặc có nguy cơ SDD): Giảm 5% trong vòng 1 tháng hoặc 10% trong vòng 6 tháng, giảm tiêu thụ khẩu phần ăn, có sự hiện diện của các triệu chứng tác động đến dinh dưỡng, suy giảm các chức năng ở mức độ vừa phải, mất lớp mỡ dưới da hoặc khối lượng cơ vừa phải.

+ PG-SGA C (SDD nặng): Giảm > 5% cân nặng trong vòng 1 tháng, > 10% trong 6 tháng, thiếu nghiêm trọng về lượng khẩu phần ăn, có sự hiện diện của các triệu chứng tác động đến ăn uống, suy giảm các chức năng mức độ nặng hoặc suy giảm đột ngột, có dấu hiệu rõ ràng của SDD (teo cơ, mất lớp mỡ dưới da...).

- Kiểm soát sai lệch thông tin: Tập huấn kỹ cách thức thu thập số liệu cho điều tra viên, đặc biệt cách đánh giá dinh dưỡng bằng công cụ PG-SGA (bằng tình huống giả định kết hợp tình huống lâm sàng). Định nghĩa rõ ràng đối tượng nghiên cứu căn cứ vào tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

*Bảng 1:* Phân bố nhóm BN ung thư theo chẩn đoán.

Loại ung thư	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ung thư đường tiêu hóa	55	25,9
Ung thư phổi	56	26,4
Ung thư vú	19	9,0
Ung thư khác	82	38,7
Tổng	212	100,0

Ung thư phổi (26,4%) và ung thư đường tiêu hóa (25,9%) gặp chủ yếu.

*Bảng 2: Phân bố ung thư theo nhóm tuổi và giới tính.*

Đặc điểm	Ung thư đường tiêu hóa	Ung thư phổi	Ung thư vú	Khác	Tổng
	n (%)				
Nhóm tuổi					
18 - 39	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	4 (1,9)
40 - 59	14 (16,7)	23 (27,4)	9 (10,7)	38 (45,2)	84 (39,6)
≥ 60	40 (32,3)	33 (26,6)	9 (7,3)	42 (33,9)	124 (58,5)
Giới tính					
Nam	44 (29,7)	48 (32,4)	1 (0,7)	55 (37,2)	148 (69,8)
Nữ	11 (17,2)	8 (12,5)	18 (28,1)	27 (42,2)	64 (30,2)
Tổng	55 (25,9)	56 (26,4)	19 (9,0)	82 (38,7)	212 (100,0)

Phân bố ung thư khác nhau theo tuổi và giới tính. Về tuổi, ung thư đường tiêu hóa hay gặp ở nhóm tuổi ≥ 60, ung thư phổi gặp ở nhóm tuổi ≥ 40. Về giới tính, ung thư đường tiêu hóa và ung thư phổi gặp ở nam nhiều với nữ (29,7% so với 17,2% và 32,4% so với 12,5%). Riêng ung thư vú gặp chủ yếu ở nữ (28,1%).

## **2. Nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng của bệnh nhân**

*Bảng 3: Tình trạng dinh dưỡng theo BMI.*

Phân loại BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Ung thư đường tiêu hóa	Ung thư phổi	Ung thư vú	Khác	Tổng
	n (%)				
SDD nặng (< 16,0)	4 (7,3)	5 (8,9)	0 (0,0)	6 (7,3)	15 (7,1)
SDD vừa (16 - < 17)	3 (5,5)	2 (3,6)	0 (0,0)	3 (3,7)	8 (3,8)
SDD nhẹ (17 - < 18,5)	15 (27,3)	10 (17,9)	1 (5,3)	24 (29,3)	50 (23,6)
Không SDD (18,5 - < 25)	32 (58,2)	38 (67,9)	18 (94,7)	44 (53,7)	132 (62,3)
Thừa cân (25 - < 30)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (6,1)	6 (2,8)
Béo phì (≥ 30)	0 (0,0)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
Tổng	55 (100,0)	56 (100,0)	19 (100,0)	82 (100,0)	212 (100,0)

Tỷ lệ SDD cao nhất ở nhóm ung thư đường tiêu hóa (40%), sau đó đến ung thư phổi (30,4%) và thấp nhất là ung thư vú (5,3%). Tỷ lệ chung SDD theo BMI là 34,5%.

Bảng 4: Tình trạng dinh dưỡng theo SGA.

Phân loại SGA	Ung thư đường tiêu hóa	Ung thư phổi	Ung thư vú	Khác	Tổng
	n (%)				
SDD nặng (SGA C)	32 (58,2)	29 (51,8)	7 (36,8)	52 (63,4)	120 (56,6)
SDD vừa (SGA B)	23 (41,8)	18 (32,1)	8 (42,1)	24 (29,3)	73 (34,4)
Không SDD (SGA A)	0 (0,0)	9 (16,10)	4 (21,1)	6 (7,3)	19 (9,0)
Tổng	55 (100,0)	56 (100,0)	19 (100,0)	82 (100,0)	212 (100,0)

Tỷ lệ SDD nặng cao nhất ở nhóm ung thư đường tiêu hóa (58,2%), sau đó đến ung thư phổi (51,8%) và thấp nhất là ung thư vú (36,8%).

Bảng 5: Khuyến nghị can thiệp dinh dưỡng dựa trên điểm PG-SGA.

Phân loại can thiệp dinh dưỡng theo PG-SGA	Ung thư đường tiêu hóa	Ung thư phổi	Ung thư vú	Khác	Tổng
	n (%)				
Tích cực (PG-SGA $\geq$ 9)	51 (92,7)	41 (73,2)	12 (63,2)	67 (81,7)	171 (80,7)
Vừa (PG-SGA 5 - 8)	4 (7,3)	12 (21,4)	4 (21,1)	13 (15,9)	33 (15,6)
Tư vấn (PG-SGA 3 - 4)	0 (0,0)	2 (3,6)	2 (10,5)	1 (1,2)	5 (2,4)
Không can thiệp dinh dưỡng (PG-SGA $\leq$ 2)	0 (0, 0)	1 (1,8)	1 (5,3)	1 (1,2)	3 (1,4)
Tổng	55 (100,0)	56 (100,0)	19 (100,0)	82 (100,0)	212 (100,0)

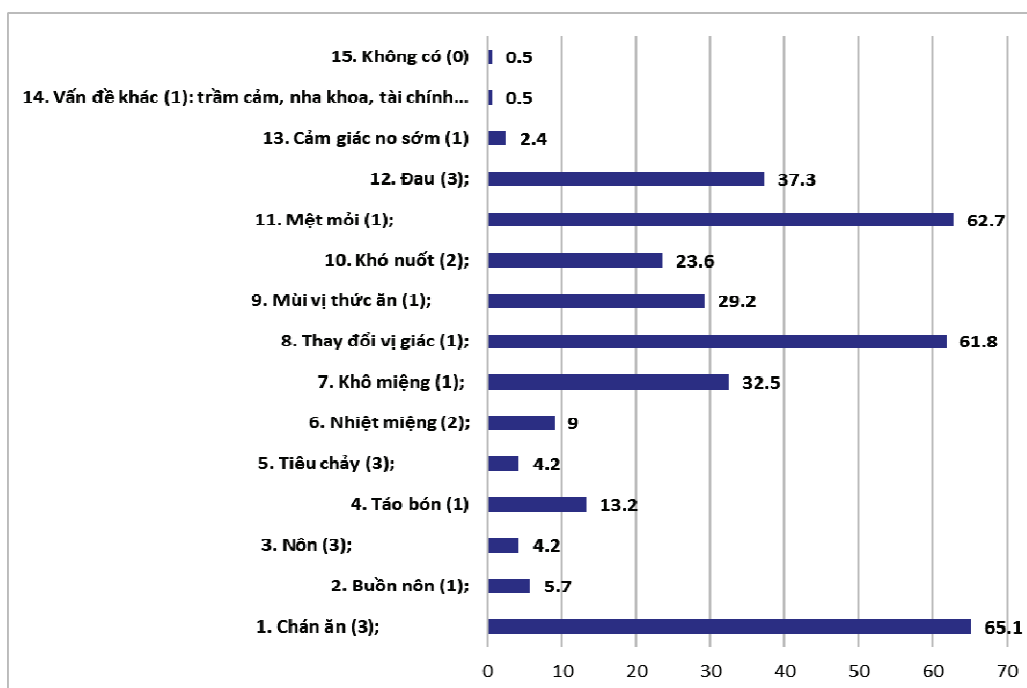
Đánh giá theo mức độ SDD dựa trên điểm PG-SGA cần phải can thiệp dinh dưỡng, tỷ lệ cần can thiệp tích cực (PG-SGA  $\geq$  9) là 80,7%, trong đó cao nhất ở nhóm ung thư đường tiêu hóa (92,7%).

Bảng 6: Nhu cầu khuyến nghị can thiệp dinh dưỡng theo phân loại BMI.

BMI	Khuyến nghị can thiệp dinh dưỡng (n,%)		OR (95%CI); p	PG-SGA	
	Có (PG-SGA $\geq$ 9)	Không (PG-SGA < 9)		Mean (SD)	p
SDD (BMI < 18,5)	66 (90,4)	7 (9,6)	3,1 (1,3 - 7,3); 0,01	18,5 (6,7)	< 0,001
Không SDD (BMI $\geq$ 18,5)	105 (75,5)	34 (24,5)		12,6 (5,9)	

Trong nhóm không SDD, 75,5% BN cần can thiệp chăm sóc dinh dưỡng, còn nhóm SDD có tới 90,4% BN cần can thiệp chăm sóc dinh dưỡng. Nhu cầu chăm sóc can thiệp dinh dưỡng của nhóm SDD cao gấp 3,1 lần (95%CI: 1,3 - 7,3; p = 0,01). Điểm SDD trung bình của nhóm SDD cao hơn nhóm không SDD (p < 0,001).

3. Đánh giá triệu chứng dinh dưỡng ảnh hưởng đến khả năng ăn của bệnh nhân



Biểu đồ 1: Đặc điểm các vấn đề ảnh hưởng đến ăn uống khi chăm sóc dinh dưỡng BN ung thư.

Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng ăn của BN thường gặp là chán ăn (65,1%), mệt mỏi (62,7%), thay đổi vị giác (61,8%), đau (37,3%), khô miệng (32,5%), mùi vị thức ăn (29,2%), khó nuốt (23,6%), táo bón (13,2%), nhiệt miệng (9%).

Bảng 7: Liên quan giữa các triệu chứng ảnh hưởng khả năng ăn của BN với phân loại BMI.

Triệu chứng		Tình trạng SDD theo BMI		OR (95%CI); p
		Có (BMI < 18,5)	Không (BMI ≥ 18,5)	
Chán ăn	Có	55 (39,9)	83 (60,1)	2,1 (1,1 - 3,9); 0,024
	Không	18 (24,3)	56 (75,7)	
Mệt mỏi	Có	53 (39,8)	80 (60,2)	1,9 (1,1 - 3,6); 0,037
	Không	20 (25,3)	59 (74,7)	
Thay đổi vị giác	Có	51 (38,9)	80 (61,1)	1,7 (0,9 - 3,1); 0,102
	Không	22 (27,2)	59 (72,8)	
Đau	Có	32 (40,5)	47 (59,5)	1,5 (0,8 - 2,7); 0,179
	Không	41 (30,8)	92 (69,2)	

Triệu chứng		Tình trạng SDD theo BMI		OR (95%CI); p
		Có (BMI < 18,5)	Không (BMI ≥ 18,5)	
Khô miệng	Có	28 (40,6)	41 (59,4)	1,5 (0,8 - 2,7); 0,218
	Không	45 (31,5)	98 (68,5)	
Mùi vị thức ăn	Có	27 (43,5)	35 (56,5)	1,7 (0,9 - 3,2); 0,08
	Không	46 (30,7)	104 (69,3)	
Khó nuốt	Có	23 (46,0)	27 (54,0)	1,9 (1,0 - 3,6); 0,061
	Không	50 (30,9)	112 (69,1)	
Tổng		73	139	

Yếu tố ảnh hưởng đến khả năng ăn của BN có liên quan với chỉ số BMI của BN: Chán ăn (OR = 2,1), mệt mỏi (OR = 1,9), thay đổi vị giác (OR = 1,7), đau (OR = 1,5), khô miệng (OR = 1,5), mùi vị thức ăn (OR = 1,7), khó nuốt (OR = 1,9).

## BÀN LUẬN

### 1. Thực trạng dinh dưỡng của BN ung thư

Tỷ lệ BN có nguy cơ SDD hay SDD vừa/nặng (SGA B và C) (91,0%) cao gấp 10 lần tỷ lệ BN có tình trạng dinh dưỡng tốt (9,0%). Trong đó, BN có nguy cơ SDD nặng chiếm tỷ lệ khá cao (56,6%). Điểm trung bình PG-SGA là  $14,6 \pm 6,8$ . Phân tích theo nhóm ung thư cho thấy tỷ lệ SDD nặng (SGA C) cao nhất ở nhóm ung thư đường tiêu hóa (58,2%), sau đó đến ung thư phổi (51,8%) và thấp nhất là ung thư vú (36,8%). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ BN có nguy cơ SDD cao hơn một số nghiên cứu khác trên thế giới [4, 5]. Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp PG-SGA cho thấy cần có kế hoạch sàng lọc đánh giá và đánh giá định kỳ tình trạng dinh dưỡng của tất cả BN ngay từ sớm để có biện pháp can thiệp phù hợp, đặc biệt ở BN có nguy cơ SDD cao như BN ung thư [7].

Bệnh nhân có chỉ số BMI trung bình là  $19,7 \pm 2,9 \text{ kg/m}^2$ . Phân loại BMI theo nhóm bệnh cho thấy, tỷ lệ SDD cao nhất ở nhóm ung thư đường tiêu hóa (40%), sau đó đến ung thư phổi (30,4%) và thấp nhất là ung thư vú (5,3%). Có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng giữa BN nam và nữ mắc ung thư song khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). So sánh phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI và PG-SGA, tỷ lệ SDD theo BMI (27,3%) thấp hơn so với tỷ lệ SDD vừa (34,4%) và nặng (56,6%) theo PG-SGA.

### 2. Triệu chứng ảnh hưởng đến khả năng ăn của bệnh nhân

Triệu chứng của bệnh ung thư ảnh hưởng nhiều đến quá trình cung cấp năng lượng cho BN [3, 6]. Ăn kém sẽ dẫn đến sút cân, mặc dù BN được chăm sóc tốt nhưng cũng không thể vượt qua trị liệu nếu không ăn được. Khảo sát 14 triệu chứng,

vấn đề, yếu tố ảnh hưởng đến ăn uống cho thấy có 7 yếu tố hay gặp nhất là: chán ăn (65,1%), mệt mỏi (62,7%), thay đổi vị giác (61,8%), đau (37,3%), khô miệng (32,5%), mùi vị thức ăn (29,2%), khó nuốt (23,6%). Các yếu tố này đều ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của BN thể hiện qua chỉ số BMI, tỷ suất chênh thể hiện nguy cơ của từng yếu tố lần lượt là: chán ăn (OR = 2,1;  $p < 0,05$ ), mệt mỏi (OR = 1,9;  $p < 0,05$ ), thay đổi vị giác (OR = 1,7;  $p > 0,05$ ), đau (OR = 1,5;  $p > 0,05$ ), khô miệng (OR = 1,5;  $p > 0,05$ ), mùi vị thức ăn (OR = 1,7;  $p > 0,05$ ), khó nuốt (OR = 1,9;  $p > 0,05$ ).

Giá trị khảo sát các triệu chứng này rất tốt trong điều trị và tiên lượng bệnh. Nếu chỉ đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số nhân trắc mà không lượng giá tình trạng sút cân, thay đổi khẩu phần ăn hay các triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng đến ăn uống thì sẽ khó dự đoán BN đã có dấu hiệu tiền suy mòn hay rơi vào giai đoạn suy mòn, ngay cả ở BN có BMI trong giới hạn bình thường hay thừa cân, dẫn đến bỏ sót rất nhiều BN ung thư có nguy cơ SDD [3]. Nghiên cứu cũng cho thấy nếu chỉ chọn mức BMI  $< 18,5$  là chỉ số đánh giá SDD thì sẽ không có chỉ định dinh dưỡng kịp thời. Trong nhóm không SDD (BMI  $\geq 18,5$ ), đa phần BN (75,5%) cần can thiệp chăm sóc dinh dưỡng theo phân loại của PG-SGA, ở nhóm SDD (BMI  $< 18,5$ ) có đến 90,4% BN cần can thiệp chăm sóc dinh dưỡng. BMI càng thấp, yêu cầu chăm sóc can thiệp dinh dưỡng càng cao ( $p < 0,05$ ) và mức độ SDD theo PG-SGA càng nặng ( $p < 0,001$ ).

Do vậy, trên lâm sàng BMI không nên được sử dụng như chỉ số duy nhất để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, nên sử dụng phối hợp chỉ số nhân trắc với các thông số/dấu hiệu khác (sút cân, thay đổi khẩu phần ăn, thăm khám lâm sàng) để đánh giá toàn diện tình trạng dinh dưỡng cho BN ung thư, từ đó có thái độ chăm sóc và can thiệp dinh dưỡng phù hợp.

### **KẾT LUẬN**

Tình trạng SDD hoặc có nguy cơ SDD ở BN ung thư điều trị hóa chất chiếm tỷ lệ cao, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn chung là 34,4% theo chỉ số BMI. Phần lớn BN (91,0%) có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa và nặng (SGA B và C); trong đó chủ yếu (56,6%) là SDD nặng (SGA C). Nhu cầu chăm sóc can thiệp dinh dưỡng của nhóm BMI  $< 18,5$  cao gấp 3,1 lần so với nhóm BMI  $\geq 18,5$  ( $p < 0,05$ ). Điểm SDD trung bình của nhóm BMI  $< 18,5$  cao hơn nhóm BMI  $\geq 18,5$  ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ cần can thiệp dinh dưỡng tích cực (PG-SGA  $\geq 9$  điểm) chung là 80,7%.

Một số triệu chứng hay gặp gây ảnh hưởng đến khả năng ăn, uống của BN là chán ăn (65,1%), mệt mỏi (62,7%), thay đổi vị giác (61,8%), đau (37,3%), khô miệng (32,5%), mùi vị thức ăn (29,2%), khó nuốt (23,6%). Trong đó, 2 yếu tố ảnh hưởng tới BMI của BN có ý nghĩa thống kê là chán ăn (OR = 2,1;  $p < 0,05$ ), mệt mỏi (OR = 1,9;  $p < 0,05$ ).

Số liệu của nghiên cứu là cơ sở cho quá trình can thiệp dinh dưỡng giúp việc chăm sóc và điều trị BN ung thư đạt hiệu quả.



**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Dương Thị Phượng, Lê Thị Hương, Nguyễn Thùy Linh và CS. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học 2016.
2. Sung H, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2021; 71(3):209-249.
3. Bozzetti F. Basics in clinical nutrition: Nutritional support in cancer. The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism 2010; 5(3):148-152.
4. Datema FR, Ferrier MB, Baatenburg de Jong RJ. Impact of severe malnutrition on short-term mortality and overall survival in head and neck cancer. Oral oncology 2011; 47(9):910-914.
5. Klute KA, Brouwer J, Jhawer M, et al. Chemotherapy dose intensity predicted by baseline nutrition assessment in gastrointestinal malignancies: A multicentre analysis. European Journal of Cancer 2016; 63:189-200.
6. Pressoir M, Desné S, Berchery D, et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French comprehensive cancer centres. British Journal of Cancer 2010; 102(6):966.
7. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2012.