

5. Diệp Thị Tiểu Mai (2019), Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư giai đoạn cuối và các yếu tố liên quan năm 2018 - *Tạp chí điều dưỡng Việt Nam* số 27 2019, tr61.

6. Ferlay J et al. (2012), GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 .

7. Bộ Y Tế (2020), “Hội thảo phòng chống ung thư lần thứ 5 được tổ chức tại thành phố Hải Phòng”.

8. Z. Bayram et al. (2014), “Quality of life during chemotherapy and satisfaction

with nursing care in Turkish breast cancer patients”, *Eur J Cancer Care (Engl)*. 23(5), tr. 675-84.

9. Zimmermann et al. (2011), “Determinants of Quality of Life in Patients With Advanced Cancer” *Support Care Cancer*,19 (5), pp. 921 -629.

10. Divya Pal Singh (2010), “Quality of Life in Cancer Patients Receiving Palliative Care” (2010) *Jan-Apr*; 16(1): 36–43.

11. WHO cancer pain relief programme. J Stjernswärd - *Cancer surveys*, 1988 - europepmc.org. patient is free from pain.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG PG-SGA CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẦU MẶT CỔ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2020

Phạm Khánh Huyền^{1b}, Trần Văn Long², Đinh Thị Thu Huyền²

¹Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An,

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư Đầu - Mặt - Cổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 100 người bệnh ung thư đầu mặt cổ tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 1 đến tháng 3/2020 bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Số liệu được thu thập bằng bộ công cụ PG-SGA, khẩu phần ăn 24h và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo PG-SGA: Có 17% người bệnh có tình trạng

dinh dưỡng PG-SGA A, 54% người bệnh tình trạng dinh dưỡng PG-SGA B, 29% người bệnh tình trạng dinh dưỡng PG-SGA C. Thói quen sử dụng thuốc lá/thuốc lào, tìm hiểu dinh dưỡng có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA với $p < 0,05$. Phương pháp điều trị bệnh, giai đoạn bệnh, năng lượng khẩu phần ăn 24h có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA với $p < 0,05$. **Kết luận:** Phần đa người bệnh có tình trạng suy dinh dưỡng. Thói quen sử dụng thuốc lá/thuốc lào, tìm hiểu dinh dưỡng có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA với $p < 0,05$. Phương pháp điều trị bệnh, giai đoạn bệnh, năng lượng khẩu phần ăn 24h có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA với $p < 0,05$.

Từ khóa: Ung thư, ung thư đầu mặt cổ, dinh dưỡng.

Người chịu trách nhiệm: Phạm Khánh Huyền
Email: khanhhuyen3091994@gmail.com
Ngày phản biện: 15/10/2020
Ngày duyệt bài: 25/10/2020
Ngày xuất bản: 05/11/2020

SITUATION AND SOME FACTORS RELATED TO THE NUTRITIONAL PG-SGA OF HEAD - FACE - NECK CANCER PATIENTS AT NGHEAN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2020

ABSTRACT

Objective: To describe the current situation and identify some factors related to the nutritional status of Head - Face - Neck cancer patients. **Method:** Research conducted on 100 people with head and neck cancer at Nghe An Oncology Hospital from January to March 2020 by cross-sectional descriptive research method. Data were collected using PG-SGA toolkit, 24-hour diet and data processing using SPSS 20.0 software. **Results:** The nutritional status of patients according to PG-SGA: 17% of patients have nutritional status PG-SGA A, 54% of patients nutritional status PG-SGA B, 29% of patients nutritional

status PG-SGA C. The habits of tobacco / pipe tobacco use, nutrition research are related to PG-SGA nutritional status with $p < 0.05$. Disease treatment method, disease stage, 24-hour diet energy were associated with nutritional status of PG-SGA with $p < 0.05$. **Conclusion:** Most patients have malnutrition. Tobacco/pipe tobacco use habits, nutrition research related to PG-SGA nutritional status with $p < 0.05$. Treatment of disease, disease stage, 24-hour energy intake are related to PG-SGA nutritional status with $p < 0.05$.

Keywords: Cancer, head and neck cancer, nutrition.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đầu mặt cổ (UTĐMC) là những khối u ác tính phát sinh ở vùng đầu cổ như khoang mũi, cạnh mũi, khoang miệng, tuyến nước bọt, hầu họng và thanh quản thường được phân chia thành 5 khu vực [1]. Ung thư đầu cổ chiếm hơn 550.000 ca mắc mỗi năm trên thế giới. Tại Mỹ ung thư đầu cổ có đến 60.000 ca mắc và gây ra cái chết cho 12.000 người. Tại Việt Nam ung thư vùng ĐMC cũng là bệnh ung thư phổ biến với tỷ lệ mắc cao, trong đó ung thư vòm họng là ung thư phổ biến xếp thứ 6 với hơn 6200 ca mắc mới trong năm 2018 chiếm 3,8%; ung thư môi và khoang miệng, thanh quản, tuyến nước bọt cũng rất phổ biến chiếm tỷ lệ lần lượt là 1,1%; 1%; 0,21% [1].

Suy dinh dưỡng (SDD) là những vấn đề phổ biến ở những người bệnh mắc ung thư đầu mặt cổ. Theo nghiên cứu của Kathryn Marshall và Jenelle Loeliger người bệnh ung thư tiêu hóa và ung thư ĐMC có tỷ lệ SDD cao hơn người bệnh mắc ung thư ở vị trí khác [2]. Quản lý dinh dưỡng là một phần thiết yếu trong việc chăm sóc những

người bệnh này, với việc sàng lọc và đánh giá sớm nguy cơ SDD là điều tối quan trọng. Để làm rõ hơn về tình hình dinh dưỡng của người bệnh ung thư ĐMC cũng như các yếu tố liên quan đến vấn đề này, tiến tới đề xuất một số biện pháp can thiệp nhằm hỗ trợ người bệnh về mặt dinh dưỡng nói chung và nâng cao chất lượng sống của người bệnh nói riêng, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài: “*Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng PG-SGA của người bệnh ung thư đầu - mặt - cổ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2020*”. Với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng PG-SGA của người bệnh ung thư Đầu - Mặt - Cổ điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An năm 2020.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh UTĐMC tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Người bệnh được chẩn đoán UTĐMC đang điều trị tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Có thể hiểu và trả lời bằng tiếng Việt để đáp ứng các công cụ cần thiết để thu thập dữ liệu.

Trên 18 tuổi.

Hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ.

Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn trừ

Người bệnh bị các khiếm khuyết không thể cân, đo được: Gù vẹo cột sống, không đứng được.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2020.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Công thức xác định cỡ mẫu nghiên cứu mô tả cắt ngang,

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

Trong đó:

Z: Trị số tính từ bảng tham chiếu = 1,96 (tương ứng với $\alpha=0,05$).

α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=5\%$ (0,05)

d: Độ chính xác mong muốn ($d=0,1$)

n: Cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu

p: Tỷ lệ SDD theo PG-SGA của người bệnh ung thư tham khảo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh (2018) là $p = 0,58$ [3].

Áp dụng công thức, $n = 93$ người bệnh. Dự phòng 7% số mẫu sai lệch, tổng số mẫu thu thập được 100 người bệnh.

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

2.6. Phương pháp thu thập số liệu và đánh giá

Sử dụng bộ công cụ gồm 3 phần:

Phần A: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Phần B: Bộ công cụ PG-SGA: Đã được chuẩn hóa Việt Nam [4]. PG-SGA gồm 7 ô đánh giá các vấn đề liên quan đến TTDD chia làm 2 phần:

- Phần 1: từ ô số 1 đến ô số 4 bao gồm bệnh sử do người bệnh khai hoặc tự điền (điểm A)

- Phần 2:

Ô số 5 (điểm B): Tình trạng bệnh và những nhu cầu dinh dưỡng liên quan

Ô số 6 (điểm C): Nhu cầu chuyển hóa như sốt, thời gian sốt, sử dụng corticoit.

Ô số 7 (điểm D): Khám lâm sàng teo cơ, mất lớp mỡ dưới da, phù, cổ chướng.

Tổng điểm PG-SGA là: $A+B+C+D$

0-1: Không cần can thiệp dinh dưỡng vào lúc này. Đánh giá lại thường xuyên trong quá trình điều trị.

2-3: Giáo dục hướng dẫn chế độ ăn người bệnh và gia đình.

4-8: Yêu cầu sự can thiệp dinh dưỡng.

Trên 9: Cho thấy nhu cầu quan trọng trong việc cải thiện quản lý triệu chứng và/ hoặc can thiệp dinh dưỡng.

PG-SGA cung cấp việc đánh giá nguy cơ SDD của người bệnh theo 3 mức độ khác nhau:

PG-SGA A (dinh dưỡng tốt): 0-3 điểm.

PG-SGA B (SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD): 4-8 điểm.

PG-SGA C (SDD nặng): Từ 9 điểm trở lên.

Phần C: Khẩu phần ăn 24h: Đánh giá bằng phương pháp hỏi ghi chế độ ăn 24 giờ qua

Hỏi ghi khẩu phần 24 giờ: Là một trong

những phương pháp đánh giá TTDD cho người lớn và đã được sử dụng trong một số nghiên cứu [3]. Phiếu nhằm hỏi và ghi lại tất cả các thực phẩm mà người bệnh ăn trong một ngày kể từ lúc ngủ dậy buổi sáng cho tới lúc đi ngủ vào buổi tối. Tất cả các thực phẩm mà người bệnh ăn bao gồm đường miệng và đường ống thông được ghi chép từ bệnh án kết hợp với quan sát. Phòng vấn điều dưỡng chăm sóc hoặc người nhà về các thực phẩm mà người bệnh ăn. Tính trung bình năng

lượng và các chất dinh dưỡng theo bảng thành phần dinh dưỡng của thực phẩm Việt Nam 2007 [5]. Sau đó tính năng lượng trong khẩu phần ăn và so sánh với mức năng lượng cho người bệnh ung thư dao động từ 25 – 30 kcal/kg/ngày theo hiệp hội dinh dưỡng lâm sàng và chuyển hóa châu Âu ESPEN năm 2016 [6]. Tổng năng lượng đạt NCKN: Năng lượng bằng hoặc cao hơn mức giới hạn. Tổng năng lượng không đạt NCKN: Năng lượng ít hơn mức giới hạn [7].

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=100)

Đặc điểm nhân khẩu học		SL	TL %
Tuổi	18 – 39	5	5
	40 – 59	57	57
	Trên 60 tuổi	38	38
	Giá trị trung bình ± Độ lệch chuẩn	57,36 ± 10,5	
Giới tính	Nam	80	80
	Nữ	20	20
Hút thuốc lá/lào	Đang hút thuốc	25	25
	Đã từng hút thuốc	50	50
	Không hút thuốc	25	25
Tìm hiểu về kiến thức dinh dưỡng	Có	47	47
	Không	53	53

Chỉ có 5% người bệnh độ tuổi 18 – 39. Có 80% người bệnh là nam giới, 20% người bệnh là nữ giới. Có 50% người bệnh đã từng hút thuốc lá/thuốc lào. Chỉ có 47% người bệnh có tìm hiểu có kiến thức dinh dưỡng. Có 27% người bệnh tập thể dục.

Bảng 2. Phương pháp điều trị (n=100)

Phương pháp điều trị	SL	TL %
Phẫu thuật	16	16
Hóa trị	14	14
Xạ trị	24	24
Hóa xạ trị đồng thời	37	37
Khác	9	9

Tỷ lệ người bệnh điều trị bằng phương pháp kết hợp hóa xạ trị đồng thời chiếm tỷ lệ cao nhất 37%.

Bảng 3. Giai đoạn bệnh của đối tượng nghiên cứu (n=100)

Giai đoạn bệnh	SL	TL %
Giai đoạn I	14	14
Giai đoạn II	21	21
Giai đoạn III	35	35
Giai đoạn IV	30	30

Chỉ có 14% người bệnh mắc bệnh giai đoạn I, 30% người bệnh mắc bệnh giai đoạn IV.

Bảng 4. Năng lượng thức ăn 24h (n=100)

Năng lượng	SL	TL %
Năng lượng đạt NCKN	30	30
Năng lượng không đạt NCKN	70	70

Có tới 70% người bệnh có khẩu phần ăn 24h không đảm bảo năng lượng NCKN.

3.2. Thực trạng dinh dưỡng phân theo PG-SGA

Bảng 5. Tình trạng dinh dưỡng phân theo PG-SGA (n=100)

Phân loại PG-SGA	SL	TL %
PG-SGA A	17	17
PG-SGA B	54	54
PG-SGA C	29	29

Chỉ có 17% người bệnh TTDD mức độ PG-SGA A (dinh dưỡng mức độ tốt), có 83% người bệnh có TTDD mức độ PG-SGA B và PG-SGA C.

Bảng 6. Mối liên quan giữa các yếu tố liên quan với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		PG-SGA				OR (95%CI)	p
		PG-SGA A		PG-SGA B,C			
		SL	TL %	SL	TL %		
Hút thuốc lá/lào	Đã/đang hút thuốc	4	5,3	71	94,7	0,052 (0,015-0,186)	<0,05
	Không	13	52	12	48		
	Có	15	46,9	17	53,1		
Tìm hiểu dinh dưỡng	Không	1	1,9	52	98,1	0,37 (0,005-0,295)	<0,05
	Có	16	34	31	66		
Phương pháp điều trị	Hóa trị kết hợp xạ trị	36	97,3	1	2,7	12,26 (1,55-96,77)	<0,05
	Nhóm khác	47	74,6	16	25,4		
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn III, IV	63	96,9	2	3,1	23,63 (4,97-112,29)	<0,05
	Giai đoạn I, II	20	57,1	15	42,9		

Thói quen sử dụng thuốc lá/thuốc lào có mối liên quan với TTDD PG-SGA của đối tượng nghiên cứu với $p < 0,05$; $OR = 0,052$; $CI: 0,015-0,186$. Người bệnh đã/đang hút thuốc lá/lào có tỷ lệ SDD cao hơn so với nhóm người bệnh không hút thuốc lá/lào.

Thói quen tìm hiểu dinh dưỡng có mối liên quan với TTDD PG-SGA của đối tượng nghiên cứu với $p < 0,05$; $OR = 0,37$; $CI: 0,005-0,295$. Nhóm người bệnh có thói quen tìm hiểu dinh dưỡng có tỷ lệ SDD thấp hơn so với nhóm không tìm hiểu kiến thức dinh dưỡng.

Phương pháp điều trị có mối liên quan với TTDD PG-SGA của đối tượng nghiên cứu với $p < 0,05$; $OR = 12,26$; $CI: 1,55-96,77$. Nhóm người bệnh điều trị hóa trị kết hợp xạ trị có tỷ lệ SDD cao hơn nhóm khác.

Tình trạng giai đoạn bệnh có mối liên quan với TTDD PG-SGA của đối tượng nghiên cứu với $p < 0,05$; $OR = 23,63$; $CI: 4,97-112,29$. Nhóm người bệnh mắc bệnh giai đoạn III, IV có tỷ lệ SDD cao hơn so với nhóm người bệnh mắc bệnh giai đoạn I, II.

Bảng 7. Mối liên quan giữa năng lượng khẩu phần ăn 24h với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		PG-SGA				OR (95%CI)	p
		PG-SGA B,C		PG-SGA A			
		SL	TL %	SL	TL %		
Năng lượng khẩu phần ăn 24h	Không đạt NCKN	67	95,7	3	4,3	0,51 (0,013-0,2)	<0,05
	Đạt NCKN	16	53,3	14	46,7		
Tổng		83	83	17	17		

Năng lượng khẩu phần ăn 24h có mối liên quan với TTDD PG-SGA của đối tượng nghiên cứu với $p < 0,05$; $OR = 0,51$; $CI: 0,013-0,2$. Người bệnh không đạt NCKN có tỷ lệ SDD cao hơn so với nhóm đạt NCKN.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Từ kết quả bảng 1 đối tượng nghiên cứu có điểm trung bình độ tuổi $57,36 \pm 10,5$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh $57,1 \pm 11,43$ tuổi (thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 87 tuổi) [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài (2018) độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $58,98$ ($SD = 12,97$) [8]. Tuổi là một yếu tố nguy cơ tiềm tàng với hầu hết các bệnh, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh càng cao do thời gian tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ càng nhiều [9], đồng thời quá trình lão hóa theo lứa tuổi cũng khiến sự phát

triển và phân chia của tế bào dễ xảy ra sai sót dẫn đến sự bất thường.

Tỷ lệ người bệnh nam giới chiếm 80%, trong khi nữ giới chỉ chiếm 20% (bảng 1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh (2018) người bệnh nam giới chiếm 61,3% cao hơn so với nữ giới chiếm 38,7% [3]. Nghiên cứu của Đào Thị Thu Hoài (2015) có tỷ lệ nam giới chiếm 62,3%; nữ giới chiếm 37,7% [10]. Như vậy nam giới thường gặp ung thư nhiều hơn nữ giới, điều này có thể thấy một trong những lý do dẫn đến

sự khác biệt này là nam giới thường có nhiều yếu tố nguy cơ như: Tỷ lệ hút thuốc lá cũng như sử dụng rượu bia ở nam cao hơn ở nữ, nam giới thường làm việc trong những môi trường độc hại, khói bụi, hóa chất [11].

Thói quen sống của đối tượng nghiên cứu: Có 25% người bệnh đang hút thuốc, 50% người bệnh đã từng hút thuốc và 25% người bệnh không hút thuốc (bảng 1); Như vậy, tỷ lệ người bệnh đã và đang hút thuốc chiếm tỷ lệ rất cao. Phù hợp với đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới. Tuy nhiên, việc ý thức được tác hại của thuốc lá/lào đối với bệnh của người bệnh cũng được cải thiện, thể hiện là 50% người bệnh đã bỏ thuốc lá/ thuốc lào. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh 8,7% người bệnh có thói quen hút thuốc lá [3].

Tìm hiểu về kiến thức dinh dưỡng: Từ kết quả bảng 1. 47% người bệnh có thói quen tìm hiểu về dinh dưỡng, 53% người bệnh không tìm hiểu về dinh dưỡng. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh số người bệnh tìm hiểu về dinh dưỡng chiếm 54,7% [3]. Hiện nay, công nghệ thông tin đang ngày càng phát triển. Việc tiếp cận thông tin của người bệnh cũng trở nên dễ dàng, thuận tiện và nhanh hơn. Phù hợp với kết quả của nghiên cứu này.

Giai đoạn bệnh: 30% người bệnh giai đoạn IV, 35% giai đoạn III, 21% giai đoạn II, 14% giai đoạn I (bảng 2). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Thị Hương Quỳnh (2018) giai đoạn I rất thấp chiếm 0,7%; Giai đoạn II chiếm 34,6% và ở giai đoạn tiến triển (III/ IV) chiếm tỷ lệ khá cao là 64,7% [3]. Như vậy người bệnh mắc bệnh chủ yếu ở giai đoạn III, IV. Có thể do giai đoạn I thường là một khối u nhỏ hoặc khối u không phát triển sâu vào các mô lân cận, nó cũng không lan rộng tới các hạch bạch

huyết hoặc các bộ phận khác của cơ thể nên người bệnh khó phát hiện bệnh để đi khám và điều trị.

Phương pháp điều trị: Từ kết quả bảng 4. Có 37% người bệnh điều trị hóa xạ trị đồng thời, 16% điều trị phẫu thuật, 14% điều trị hóa trị và 24% điều trị xạ trị.

Khẩu phần ăn 24h: Có 70% người bệnh ăn thức ăn 24h năng lượng không đạt NCKN cao và chỉ có 30% người bệnh thức ăn 24h đảm bảo năng lượng đạt NCKN (bảng 4). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh tỷ lệ người bệnh có năng lượng khẩu phần ăn không đạt NCKN chiếm tỷ lệ tương đối cao 59,3%, 40,7% người bệnh có năng lượng khẩu phần ăn đạt NCKN [3]. Năng lượng khẩu phần ăn của người bệnh 24h là tổng năng lượng các thực phẩm người bệnh ăn trong 1 ngày tính từ lúc ngủ dậy buổi sáng cho tới lúc đi ngủ buổi tối. Khi khảo sát, nhóm nghiên cứu thấy người bệnh chủ yếu sử dụng nhóm ngũ cốc và các sản phẩm chế biến, nhóm thịt và các sản phẩm chế biến, nhóm rau, củ quả dùng làm rau. Vẫn còn một số người bệnh sử dụng rượu/bia và sử dụng các loại thực phẩm đóng hộp. Các nhóm thực phẩm khác chỉ có một số người bệnh sử dụng. Dù bệnh viện đã có khoa dinh dưỡng, cán bộ dinh dưỡng đã tiến hành tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh, tuy nhiên khoa chưa triển khai cung cấp suất ăn bệnh lý cho người bệnh nên thức ăn chủ yếu của người bệnh là mua thức ăn ở quán ăn. Khi người bệnh ăn đủ lượng NCKN sẽ giúp họ nâng cao sức đề kháng của cơ thể chống lại bệnh tật, giúp cho cơ thể phục hồi tốt hơn, có vai trò quan trọng trong tất cả các giai đoạn điều trị bệnh, phòng biến chứng, phòng tái phát. Tuy nhiên, hầu hết người bệnh đều không đáp ứng đủ NCKN là do giai đoạn bệnh, tính chất bệnh hay điều kiện kinh tế ảnh hưởng

đến tâm lý của người bệnh... Vì vậy, người Điều dưỡng cần tìm hiểu để có kế hoạch can thiệp kịp thời. Nếu điều kiện gia đình người bệnh khó khăn, người Điều dưỡng có thể tư vấn cho người nhà người bệnh, người bệnh những chế độ ăn phù hợp với kinh tế nhưng vẫn đảm bảo đủ năng lượng hay kêu gọi những tấm lòng hảo tâm hỗ trợ những người bệnh có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn.

4.2. Thực trạng dinh dưỡng PG-SGA

Phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan PG-SGA được thực hiện trên tất cả các khía cạnh tác động đến TTDD của người bệnh: Giảm cân trong vòng 6 tháng và 1 tháng, giảm tiêu hóa thức ăn, giảm các hoạt động, tăng nhu cầu trao đổi chất (sốt, dùng corticoid) và khám thực thể (teo cơ, mất lớp mỡ dưới da, phù/cổ chướng) [12].

Từ kết quả bảng 5. Có 54% người bệnh TTDD PG-SGA B (SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD), 29% người bệnh TTDD PG-SGA C(SDD nặng), chỉ có 17% người bệnh có TTDD PG-SGA (dinh dưỡng tốt). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD hay SDD vừa/nặng (PG-SGA B và C) (58,0%) cao hơn tỷ lệ người bệnh có TTDD tốt (42,0%). Trong số người bệnh có nguy cơ SDD thì tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD nặng chiếm tỷ lệ khá cao là 16,7% [3]. Có sự khác biệt này có thể do đặc điểm đối tượng nghiên cứu (điều kiện kinh tế, nghề nghiệp, trình độ văn hóa..) khác nhau. Đối với người bệnh TTDD PG-SGA B yêu cầu cần sự can thiệp dinh dưỡng và đối với người bệnh TTDD PG-SGA C cho thấy nhu cầu quan trọng trong việc cải thiện quản lý triệu chứng và/ hoặc can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh. Vì vậy, nhân viên y tế ngoài biện pháp tư vấn giáo dục kết hợp hỗ trợ chế

độ dinh dưỡng cho người bệnh, giảm tình trạng SDD trường diễn ở người bệnh. Kết quả đánh giá TTDD bằng phương pháp PG –SGA cho thấy nhân viên y tế cần phải có kế hoạch sàng lọc đánh giá và đánh giá lại định kỳ TTDD của tất cả người bệnh ngay từ sớm để có biện pháp can thiệp phù hợp, đặc biệt là người bệnh có nguy cơ SDD cao như người bệnh ung thư.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Từ kết quả bảng 6. thói quen sử dụng thuốc lá/thuốc láo có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA với $p < 0,05$; $OR = 0,052$; $CI: 0,015 - 0,186$. Người bệnh đã và đang hút thuốc có tỷ lệ SDD cao hơn. Sự gia tăng nguy cơ ung thư đầu cổ dao động từ 5 – 25 lần ở người hút thuốc lá nặng so với người không hút thuốc. Nguy cơ tăng theo thời gian hút thuốc và số lượng thuốc được hút mỗi ngày. Người Việt Nam còn có thói quen hút thuốc, đây cũng là những yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ ung thư khoang miệng và đầu cổ và cũng là yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được [1]. Việc tư vấn giáo dục sức khỏe truyền thông sớm về thói quen sống có ảnh hưởng đến bệnh ung thư đầu mặt cổ là vô cùng quan trọng, giúp cho mọi người có nhận thức đúng đắn về yếu tố nguy cơ và thay đổi để có lối sống lành mạnh. Người Điều dưỡng cần tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh giúp họ hạn chế hay bỏ dần những thói quen gây lên tình trạng bệnh nặng hơn.

Từ kết quả bảng 6. thói quen tìm hiểu dinh dưỡng có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA với $p < 0,05$; $OR = 0,37$; $CI: 0,005 - 0,295$. Người bệnh không tìm hiểu về kiến thức dinh dưỡng có TTDD kém hơn. Như vậy, có thể thấy, việc tìm hiểu về dinh dưỡng có vai trò quan trọng đối với TTDD người bệnh. Do đó, nhân viên y

tế cần giáo dục tầm quan trọng của dinh dưỡng trong việc điều trị bệnh, giúp người bệnh luôn mong muốn tìm hiểu và tìm hiểu về dinh dưỡng của từng giai đoạn phù hợp tình trạng bệnh, đồng thời để khai thác tận dụng ưu điểm ngành công nghệ thông tin ngày càng phát triển, người Điều dưỡng có thể gửi cho người bệnh những đường link chính thống nói về chế độ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư để người bệnh tự tìm hiểu thêm.

Phương pháp điều trị có mối liên quan với TTDD PG-SGA với $p < 0,05$; $OR = 12,26$; $CI: 1,55-96,77$ (bảng 6). Người bệnh điều trị hóa trị kết hợp xạ có TTDD kém hơn với các nhóm người bệnh điều trị phương pháp khác (trị xạ hoặc hóa trị hoặc phẫu thuật...). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Esra Citak (2019) tình trạng SDD trầm trọng hơn ở nhóm người bệnh kết hợp điều trị hóa trị đồng thời ($p = 0,041$) [13]. Người bệnh có số lần truyền hóa chất càng tăng thì có khả năng ảnh hưởng đến dinh dưỡng do tác dụng phụ ngày một tích lũy của hóa chất. Theo nghiên cứu của Attar chỉ ra rằng có sự liên quan giữa hóa trị liệu thứ hai trở đi với tình trạng SDD.

Tình trạng giai đoạn bệnh có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA với $p < 0,05$; $OR = 23,63$; $CI: 4,97-112,29$ (bảng 6). Người bệnh mắc bệnh giai đoạn I/II tình trạng dinh dưỡng tốt hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Esra Citak (2019) tình trạng SDD trầm trọng hơn ở nhóm người bệnh chẩn đoán giai đoạn tiến triển ($p = 0,004$) [13]. Theo Nguyễn Thị Hương Quỳnh, nhóm người bệnh ở giai đoạn III/ IV có nguy cơ SDD cao gấp 3,24 lần so với nhóm người bệnh ở giai đoạn I/ II. Điều này cho thấy, tỷ lệ người bệnh SDD phổ biến hơn ở giai đoạn tiến triển (III/IV), kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; OR

$= 3,24$; $CI: 1,62-6,51$ [15]. Như vậy, có thể thấy mỗi giai đoạn và thời gian điều trị bệnh khác nhau có thể dẫn đến sự khác nhau về TTDD, những người bệnh ở giai đoạn sớm thì ít nguy cơ SDD hơn ở giai đoạn muộn. Người bệnh ở giai đoạn tiến triển (III/ IV) bệnh trầm trọng hơn, triệu chứng ảnh hưởng đến tình trạng ăn uống nhiều hơn nên TTDD người bệnh giai đoạn này kém hơn.

Năng lượng khẩu phần ăn 24h có mối liên quan với TTDD PG-SGA với $p < 0,05$; $OR = 0,51$; $CI: 0,013-0,2$ (bảng 7). Người bệnh ăn thức ăn 24h không đủ NCKN tình trạng nguy cơ dinh dưỡng SDD cao hơn nhóm người bệnh có chế độ ăn 24h đạt NCKN. Với người bệnh ung thư không những cần phải bù đủ năng lượng cho người bệnh theo nhu cầu mà còn cần phải bù thêm một phần năng lượng để cho người bệnh phục hồi TTDD và không trầm trọng thêm TTDD sẵn có theo đánh giá khi nhập viện. Người bệnh cần được cung cấp năng lượng cao hơn bù đắp lại năng lượng bị mất do quá trình bệnh lý, có hay không tình trạng nhiễm khuẩn hoặc sốt và khi đó cần phải căn cứ vào tình hình cụ thể từng người bệnh để xây dựng nhu cầu năng lượng cho phù hợp để đáp ứng nhu cầu cơ bản và giúp cho sự phục hồi bệnh trở nên nhanh chóng hơn [14]. Để người bệnh có khẩu phần ăn hợp khẩu vị, người Điều dưỡng cần tư vấn cho người nhà chăm sóc người bệnh tìm hiểu những sở thích, không thích trong ăn uống của người bệnh, để chế biến món ăn giúp người bệnh có thể ăn hết khẩu phần ăn.

5. KẾT LUẬN

Tình trạng SDD của người bệnh ung thư đầu mặt cổ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An còn chiếm tỷ lệ tương đối cao: Có 17% người bệnh PG-SGA A, 54% người bệnh PG-SGA B, 29% người bệnh PG-SGA C.

Thói quen sử dụng thuốc lá/thuốc lào, tìm hiểu dinh dưỡng có mối liên quan với TTDD theo PG-SGA với $p < 0,05$. Phương pháp điều trị giai đoạn bệnh, năng lượng khẩu phần ăn 24h có mối liên quan với TTDD theo PG-SGA với $p < 0,05$. Từ kết quả này, giúp bác sỹ và điều dưỡng, cán bộ dinh dưỡng có thể đưa ra các biện pháp tăng cường tuyên truyền giáo dục dinh dưỡng thường quy phù hợp với từng giai đoạn bệnh cho người bệnh và người nhà người bệnh, giúp họ có kiến thức đúng dinh dưỡng, từ đó có thể có những biện pháp dự phòng phù hợp góp phần làm giảm tỷ lệ SDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tuyết Mai và cs (2015). *Hóa trị một số bệnh ung thư đầu mặt cổ*, Nhà xuất bản Y học. Bộ Y tế - Bệnh viện K, 7-28.

2. Kathryn M Marshall, et al. (2019). Prevalence of malnutrition and impact on clinical outcomes in cancer services: A comparison of two time points. *Clinical Nutrition*, 38(2), 644-651.

3. Nguyễn Thị Hương Quỳnh (2018). *Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư điều trị bằng hóa chất tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2018*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

4. Trần Văn Thuận và cs (2019). *Dinh dưỡng trong dự phòng và điều trị ung thư*, Bộ môn dinh dưỡng - Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản y học, 29-31.

5. Khuẩn Nguyễn Công (2007). *Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học.

6. Arends J., et al. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*, 36(1), 11-48.

7. Gordon L. J. (2006). Inflammation as the key interface of the medical and nutrition universes: a provocative examination of the

future of clinical nutrition and medicine. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 30(5), 453-463.

8. Nguyễn Thị Hoài (2018). *Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư có điều trị bằng hóa chất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2018*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

9. Hồ Thị Bích Ngọc (2017). *Nghiên cứu thực trạng dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Kiến An Hải Phòng năm 2017*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

10. Đinh Thị Thu Hoài (2016). *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 năm 2016*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.

11. Nguyễn Bá Đức (2008). *Ung thư học đại cương*, Ung thư học đại cương.

12. Mariana Abe Vicente, et al. (2013). What are the most effective methods for assessment of nutritional status in outpatients with gastric and colorectal cancer? *Nutricion hospitalaria*, 28(3), 585-591.

13. Esra Citak, et al. (2019). Nutritional status in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy: a longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 27(1), 239-247.

14. Phạm Thị Hồng Chiên (2018). *Tình trạng nuôi dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật ung thư hạ họng thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương năm 2017-2018*, Đại học y Hà Nội.