Nghiên cứu gốc

ĐẶC ĐIỂM KHẨU PHẦN 24 GIỜ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2024-2025

Hoàng Việt Bách[1,✉], Nguyễn Minh Diệu [2], Lê Thị Hương[3]

[1]*Bệnh viện K, Hà Nội*
[2]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khẩu phần 24 giờ của người bệnh ung thư vú điều trị hóa chất tại Bệnh viện K năm 2024-2025.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 142 người bệnh ung thư vú đã phẫu thuật được điều trị hóa chất tại Khoa Nội 5, Nội 6 của Bệnh viện K.

Kết quả: Người bệnh ung thư vú điều trị hóa chất có năng lượng khẩu phần trung bình là 1395,1 ± 386,8 kcal/ngày; 53,5% không đạt 70% nhu cầu năng lượng khuyến nghị. 65,5% người bệnh có khẩu phần lipid thấp hơn khuyến nghị, trong khi protein và glucid vượt giới hạn khuyến nghị lần lượt ở 45,1% và 51,4% người bệnh. Lượng chất xơ trung bình đạt 12,5 ± 5,8 g/ngày. Tỷ lệ người bệnh không đạt nhu cầu vitamin A, canxi và vitamin B12 lần lượt là 95,8%, 92,3% và 88,0%.

Kết luận: Khẩu phần 24 giờ của người bệnh ung thư vú điều trị hóa chất chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu dinh dưỡng, với hơn một nửa người bệnh không đạt 70% nhu cầu năng lượng khuyến nghị. Cơ cấu khẩu phần mất cân đối với tỷ lệ thiếu lipid cao, trong khi protein và glucid có xu hướng vượt giới hạn khuyến nghị. Khẩu phần chất xơ, vitamin A, vitamin B12 và canxi phần lớn người bệnh chưa đạt nhu cầu.

Từ khoá: *ung thư vú, khẩu phần 24 giờ, điều trị hóa chất, Bệnh viện K.*

CHARACTERISTICS OF 24-HOUR DIETARY INTAKE AMONG BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL, 2024–2025

ABSTRACT

Aims: To assess 24 hour dietary intake among breast cancer patients undergoing chemotherapy at Vietnam National Cancer Hospital in 2024–2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 142 post-surgical breast cancer patients receiving chemotherapy at Internal Medicine Departments 5 and 6 of K Hospital.

Results: Among 142 breast cancer patients undergoing chemotherapy, the mean energy intake was 1,395.1 ± 386.8 kcal/day, and 53.5% of patients achieved less than 70% of their recommended energy requirements. Lipid intake was below the recommended level in 65.5% of patients, whereas protein and carbohydrate intake exceeded the recommended ranges in 45.1% and 51.4% of patients, respectively. Mean dietary fiber intake was 12.5 ± 5.8 g/day. The proportions of patients who did not meet the recommended intake levels for vitamin A, calcium, and vitamin B12 were 95.8%, 92.3%, and 88.0%, respectively.

✉ Tác giả liên hệ: Hoàng Việt Bách
Email: hoangvietbach90@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/1103
Nhận bài: 1/7/2026 Chỉnh sửa: 14/7/2026
Chấp nhận đăng: 20/7/2026
Công bố online: 26/7/2026

Conclusion: The 24-hour dietary intake of breast cancer patients undergoing chemotherapy did not adequately meet their nutritional requirements, with more than half of the patients achieving less than 70% of their recommended energy needs. The macronutrient distribution was imbalanced, characterized by a high prevalence of inadequate lipid intake, while protein and carbohydrate intake tended to exceed the recommended ranges. Dietary fiber, vitamin A, vitamin B12, and calcium intake did not meet the recommended requirements in most patients.

***Keywords**: breast cancer, 24-hour dietary intake, chemotherapy, Vietnam National Cancer Hospital.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị ung thư vú, góp phần duy trì thể trạng, cải thiện khả năng dung nạp hóa chất, giảm biến chứng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Khẩu phần không đáp ứng đủ nhu cầu, đặc biệt là thiếu năng lượng, protein và các vi chất cần thiết, có thể làm suy giảm tình trạng dinh dưỡng, ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị và làm gia tăng các bất lợi trong quá trình hóa trị[1].

Trong thực tế, người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất thường gặp nhiều triệu chứng ảnh hưởng trực tiếp đến ăn uống như chán ăn, buồn nôn, nôn, khô miệng, thay đổi vị giác, khứu giác và mệt mỏi. Những biểu hiện này có thể làm giảm lượng thực phẩm ăn vào, khiến khẩu phần hằng ngày không đáp ứng đầy đủ nhu cầu dinh dưỡng trong giai đoạn điều trị[2].

Tình trạng khẩu phần chưa phù hợp không chỉ xuất hiện trong quá trình điều trị mà còn có thể kéo dài sau khi kết thúc điều trị. Nghiên cứu của Xu và cộng sự năm 2024 trên 97 người bệnh ung thư vú giai đoạn sớm, ghi nhận 67,7% có năng lượng khẩu phần thấp hơn mức khuyến nghị và 60,4% không đạt nhu cầu chất xơ. Tỷ lệ không đạt khuyến nghị đối với vitamin D, canxi và vitamin E từ khẩu phần còn chiếm tỷ lệ cao[3]. Những kết quả này cho thấy việc đánh giá và can thiệp dinh dưỡng cần được thực hiện trong suốt quá trình điều trị và theo dõi sau điều trị.

Điều tra khẩu phần 24 giờ là phương pháp thường được sử dụng để mô tả mức tiêu thụ thực phẩm, năng lượng và các chất dinh dưỡng tại thời điểm khảo sát. Tuy nhiên, dữ liệu về khẩu phần thực tế của người bệnh ung thư vú đang hóa trị tại Việt Nam hiện còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm Đánh giá đặc điểm khẩu phần 24 giờ của người bệnh ung thư vú điều trị hóa chất tại Bệnh viện K năm 2024–2025.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu : Người bệnh ung thư vú từ 20 tuổi trở lên, được chẩn đoán ở giai đoạn I–III và đang điều trị hóa chất tại Khoa Nội 5 hoặc Khoa Nội 6, Bệnh viện K trong khoảng thời gian từ tháng 9/2024 đến tháng 4/2025. Người bệnh đã phẫu thuật điều trị ung thư vú, bao gồm phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn hoặc phẫu thuật bảo tồn tuyến vú, và đang

được chỉ định hóa trị từ chu kỳ thứ hai trở đi. Người bệnh đồng ý trả lời phỏng vấn. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh rối loạn nhận thức, không tỉnh táo, câm, điếc hoặc hạn chế giao tiếp. Các trường hợp đang nuôi dưỡng qua sonde hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn; người bệnh nhịn ăn do thủ thuật, phẫu thuật hoặc xét nghiệm trong 24 giờ trước khảo sát.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ :

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

Trong đó:

n: là cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu

Z= 1,96 với độ tin cậy 95%, α = 0,05

p: 0,93. Tỷ lệ người bệnh ung thư chưa đạt khuyến nghị về năng lượng theo 1 nghiên cứu trước đây [4].

d: sai số mong muốn cho phép (d=0,05)

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là n =101. Thực tế 142 người bệnh được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất tại bệnh viện K thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

* Quy trình nghiên cứu gồm 3 bước: Bước 1: Người bệnh sau khi nhập viện 12-24 giờ tại các khoa hóa chất trước khi điều trị sẽ được kiểm tra thông tin, nếu đáp ứng đủ điều kiện sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu. Bước 2: Thu thập thông tin chung, phỏng vấn khẩu phần 24 giờ. Bước 3: Xử lý số liệu và báo cáo kết quả mục tiêu nghiên cứu.

* Phương pháp điều tra khẩu phần:

Điều tra viên yêu cầu người bệnh nhớ lại toàn bộ thực phẩm và đồ uống đã sử dụng của ngày hôm trước, tính từ khi thức dậy đến trước khi đi ngủ. Nội dung phỏng vấn được thực hiện lần lượt theo từng bữa ăn, bao gồm bữa chính, bữa phụ và các đồ uống trong ngày. Đối với mỗi thực phẩm hoặc món ăn, các thông tin được ghi nhận gồm tên thực phẩm, cách chế biến, thành phần nguyên liệu, số lượng đã ăn hoặc uống và phần thức ăn còn thừa. Lượng thực phẩm tiêu thụ được ước lượng bằng các đơn vị đo lường thông dụng như bát, đĩa, thìa, cốc, miếng hoặc đơn vị thực phẩm, sau đó quy đổi sang gam phần ăn được. Khối lượng này tiếp tục được quy đổi về gam thực phẩm sống, phần ăn được (gam sống sạch) dựa trên hệ số chuyển đổi sống–chín và tỷ lệ phần ăn được của từng loại thực phẩm.

Phương pháp đánh giá, nhận định kết quả (theo khuyến cáo của ESPEN năm 2021 về dinh dưỡng cho người bệnh ung thư)[5]. Năng lượng: 25-30 kcal/kg/ngày. Protein: 1-1,5 g/kg/ngày. Trong đó protein động vật/protein tổng số là 30-35%. Lipid: 20-25% tổng năng lượng, Trong đó lipid động vật/lipid tổng số < 60%. Glucid: 55-65% tổng nhu cầu năng lượng. Chất xơ: >17 g/ngày. Vitamin và chất khoáng: tương đương với lượng khuyến nghị hàng ngày (theo khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng Quốc gia năm 2026)[6]

2.4. Phân tích số liệu

Thông tin của người bệnh được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1. Số liệu khẩu phần ăn 24 giờ được xử lý trên Microsoft Excel. Đối với từng loại thực phẩm, lượng thực phẩm tiêu thụ được quy đổi sang gam phần ăn được. Hàm lượng

năng lượng, protein, lipid, glucid, chất xơ, vitamin và khoáng chất của từng thực phẩm được xác định dựa trên Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam. Sau khi hoàn thành xử lý khẩu phần, các giá trị tổng hợp của từng người bệnh được ghép với bộ số liệu trên EpiData và chuyển sang phần mềm Stata 12.0 để phân tích. Mức ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

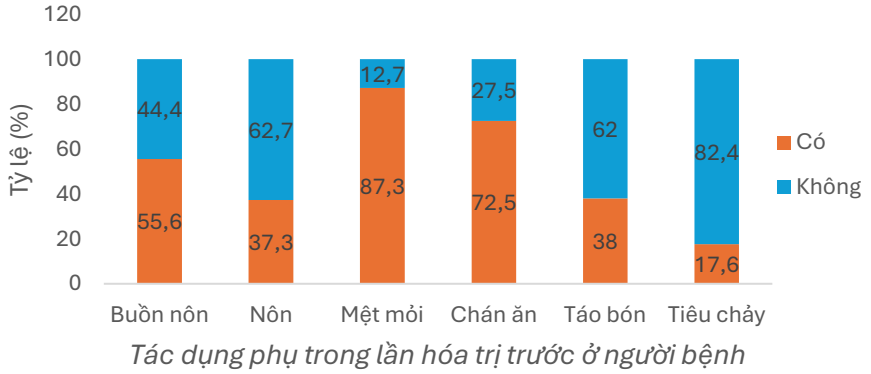
Đề cương nghiên cứu được thông qua theo quyết định số 253/QĐ-YHDP&YTCC tại Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội ngày 24/6/2024. Người bệnh được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Các thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. *Thông tin chung và đặc điểm lâm sàng của người bệnh (n=142)*

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	<50 tuổi	64	45,0
	≥50 tuổi	78	55,0
Thể bệnh	Có thụ thể nội tiết	97	68,3
	Không có thụ thể nội tiết	45	31,7
Số lần đã điều trị hóa chất	Dưới 3 lần	40	28,2
	Từ 3-5 lần	57	40,1
	Trên 5 lần	45	31,7

Theo Bảng 1, 142 người bệnh tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 51 ± 9,6 tuổi. Nhóm người bệnh từ 50 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 55,0%, trong khi nhóm dưới 50 tuổi chiếm 45,0%. Về thể bệnh, phần lớn người bệnh có thụ thể nội tiết dương tính, chiếm 68,3%.Xét theo số lần đã điều trị hóa chất, nhóm đã điều trị từ 3–5 lần chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,1%, nhóm điều trị dưới 3 lần chiếm 28,2%.



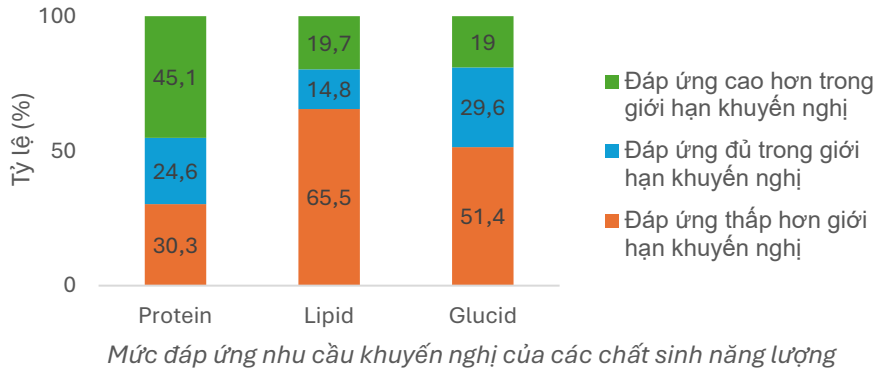
Hình 1. *Một số tác dụng phụ trong lần hóa trị trước ở người bệnh (n=142)*

Hình 1 cho thấy về tác dụng phụ ghi nhận ở lần hóa chất trước, mệt mỏi chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,3%, tiếp đến chán ăn (72,5%) và buồn nôn (55,6%). Nôn xuất hiện ở 37,3% và táo bón ở 37,3%, trong khi tiêu chảy ít gặp nhất với 17,6%.

Bảng 2. *Đặc điểm khẩu phần 24 giờ của đối tượng nghiên cứu (n=142)*

Đặc điểm	Trung bình ± độ lệch chuẩn
Năng lượng tính theo Kcal/ngày	1395,1 ± 386,8
Năng lượng tính theo Kcal/kg/24 giờ	25,8±7,8
Protein	
Tỉ lệ trong khẩu phần (%)	23,4 ±4,6
Tổng số theo g/ngày (g/kg/ngày)	80,3 ± 23,2 (1,5 ± 0,5)
Tỷ số động vật/tổng số (%)	68 ±10,7
Lipid	
Tỉ lệ trong khẩu phần (%)	20,9 ± 9,1
Tổng số (g/ngày)	33,6 ±20,8
Tỷ số thực vật/tổng số (%)	16,9±14,8
Glucid	
Tỉ lệ trong khẩu phần (%)	55,3 ±10,1
Tổng số (g)	191,3±57,2
Chất xơ (g)	12,5±5,8
Tỉ lệ P: L: G	(23,4 ±4,6) : (20,9 ± 9,1) : (55,3 ±10,1)

Trong 142 người bệnh, năng lượng khẩu phần trung bình là 1395,1 ± 386,8 Kcal/ngày, tương đương 25,8 ± 7,8 Kcal/kg/ngày. Về thành phần dinh dưỡng, protein chiếm 23,4% ± 4,6% tổng năng lượng khẩu phần, tương ứng 1,5 ± 0,5 g/kg/ngày. Trong đó, protein động vật chiếm 68,0% ± 10,7% tổng protein. Lipid chiếm trung bình 20,9% ± 9,1% tổng năng lượng với lipid thực vật chiếm 16,9% ± 14,8% tổng lipid. Glucid chiếm 55,3% ± 10,1% năng lượng khẩu phần. Chất xơ tiêu thụ trung bình đạt 12,5 ± 5,8 g/ngày.



Hình 2. *Đáp ứng các chất sinh năng lượng trong KP24 giờ theo nhu cầu khuyến nghị (n=142)*

Tỷ lệ người bệnh không đạt 70% nhu cầu năng lượng khuyến nghị chiếm 53,5%, cao hơn so với nhóm đạt nhu cầu khuyến nghị là 46,5%.

Theo Hình 2, tình trạng đáp ứng thấp hơn nhu cầu nghị về các chất sinh năng lượng còn khá phổ biến. Trong đó, lipid là thành phần có tỷ lệ đáp ứng thấp hơn khuyến nghị cao nhất, chiếm 65,5%. Tỷ lệ người bệnh có khẩu phần protein và glucid thấp hơn khuyến nghị lần lượt là 30,3% và 19,0%.

Bảng 3. *Một số khoáng chất và vitamin trong khẩu phần của ĐTNC (n=142)*

Chất dinh dưỡng	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Không đạt NCKN, n (%)
Vitamin A (µg)	412,0 ± 391,5	136 (95,8)
Vitamin B1 (mg)	1,6 ± 0,6	29 (20,4)
Vitamin B12 (µg)	3,4 ± 10,0	125 (88,0)
Vitamin E (mg)	6,1 ± 4,9	96 (67,6)
Canxi (Ca, mg)	761,5 ± 613,9	131 (92,3)
Phospho (mg)	966,4 ± 259,7	20 (14,1)
Tỉ lệ Ca/P	0,8 ± 0,5	125 (88,0)
Kẽm (mg)	15,3 ± 47,9	87 (61,3)
Sắt (mg)	22,2 ± 25,6	100 (71,4%)

Khẩu phần của người bệnh có tỷ lệ không đạt nhu cầu khuyến nghị cao ở nhiều vi chất, đặc biệt là vitamin A, canxi, vitamin B12 và tỷ lệ Ca/P. Cụ thể, 95,8% người bệnh không đạt nhu cầu vitamin A, 92,3% không đạt nhu cầu canxi, 88,0% không đạt nhu cầu vitamin B12 và 88,0% có tỷ lệ Ca/P chưa phù hợp. Tỷ lệ không đạt nhu cầu về sắt, vitamin E và kẽm cũng ở mức cao, lần lượt là 71,4%, 67,6% và 61,3%.

Bảng 4. *So sánh tỷ lệ đạt 70% nhu cầu năng lượng khuyến nghị với một số yếu tố (n=142)*

Các yếu tố	Năng lượng khẩu phần 24 giờ		p
	Đạt 70%	Không đạt 70%	
Nhóm tuổi			
<50 tuổi	28 (43,7%)	36 (56,3%)	0,034
≥ 50 tuổi	48 (61,5%)	30 (38,5%)	
Thể bệnh			
Không có thụ thể nội tiết	22 (48,9%)	23 (51,1%)	0,451
Có thụ thể nội tiết	54 (55,7%)	43 (44,3%)	
Tác dụng phụ lần hóa trị trước			
Buồn nôn	45 (57%)	34 (43%)	0,357
Mệt mỏi	67 (54%)	57 (46%)	0,749
Chán ăn	53 (51,5%)	50 (48,5%)	0,423

**Chi-square test*

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ đạt ≥70% nhu cầu năng lượng khẩu phần 24 giờ ở nhóm người bệnh ≥50 tuổi là 61,5%, cao hơn so với nhóm <50 tuổi là 43,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,034. Đối với thể bệnh, các tác dụng phụ sau lần hóa trị trước như buồn nôn, mệt mỏi và chán ăn chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức đáp ứng năng lượng khẩu phần 24 giờ.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu mô tả khẩu phần 24 giờ của 142 người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện K. Năng lượng khẩu phần trung bình của người bệnh là 1395,1 ± 386,8 kcal/ngày (25,8±7,8 kcal/kg/ngày), đạt mức năng lượng khuyến nghị 25–30 kcal/kg/ngày cho người bệnh ung thư theo ESPEN. Tuy nhiên, vẫn có 53,5% người bệnh không đạt 70% nhu cầu năng lượng khuyến nghị. Điều này cho thấy bên cạnh giá trị trung bình, cần quan tâm đến tỷ lệ cá thể không đạt nhu cầu, vì nhóm này có nguy cơ cao hơn về sụt cân, suy giảm thể trạng và giảm dung nạp điều trị. Kết quả này phù hợp với đặc điểm lâm sàng của người bệnh đang hóa trị, khi các triệu chứng như mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn và thay đổi vị giác có thể làm giảm lượng ăn vào.

So với một số nghiên cứu quốc tế, mức năng lượng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của de Vries và cộng sự trên người bệnh ung thư vú trong thời gian hóa trị, trong đó năng lượng khẩu phần trung bình ghi nhận bằng phương pháp hỏi ghi 24 giờ là khoảng 1779 kcal/ngày [7]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Ferreira và cộng sự trên 20 người bệnh ung thư vú đang hóa trị, với năng lượng trung bình khoảng 1191,7 kcal/ngày [8]. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về cỡ mẫu, thời điểm đánh giá khẩu phần trong chu kỳ hóa trị, giai đoạn bệnh, mức độ tác dụng phụ, phương pháp quy đổi khẩu phần và đặc điểm ăn uống theo từng quốc gia. Từ kết quả này, việc đánh giá khẩu phần định kỳ trong quá trình hóa trị là cần thiết, đặc biệt ở những người bệnh có lượng ăn vào thấp hoặc có nhiều triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống.

Về các chất sinh năng lượng, protein trung bình trong khẩu phần đạt 80,3 ± 23,2 g/ngày, tương đương 1,5 ± 0,5 g/kg/ngày, nhìn chung phù hợp với khuyến nghị cho người bệnh ung thư. Tuy nhiên, chỉ 24,6% người bệnh có tỷ lệ protein nằm trong giới hạn khuyến nghị, trong khi 45,1% vượt và 30,3% thấp hơn khuyến nghị. Điều này cho thấy khẩu phần có xu hướng ưu tiên protein, đặc biệt là protein động vật, nhưng mức đáp ứng giữa các người bệnh chưa đồng đều. Nhóm có khẩu phần protein thấp vẫn cần được chú ý do người bệnh ung thư đang hóa trị có nguy cơ suy giảm khối cơ và chức năng cơ.

Lipid là thành phần có tỷ lệ không đạt khuyến nghị nổi bật. Lượng lipid trung bình thấp và có tới 65,5% người bệnh không đạt mức khuyến nghị, cho thấy khẩu phần còn thiếu chất béo. Nguyên nhân có thể do người bệnh kiêng dầu mỡ hoặc giảm ăn do tác dụng phụ của hóa trị. Tuy nhiên, lipid là nguồn năng lượng đậm đặc, đặc biệt quan trọng khi người bệnh ăn kém. Vì vậy, cần tư vấn bổ sung chất béo hợp lý, ưu tiên dầu thực vật và chất béo không bão hòa.

Lượng chất xơ trung bình thấp hơn nhiều so với khuyến nghị, phản ánh việc tiêu thụ rau, quả và ngũ cốc nguyên hạt còn hạn chế. Về vitamin và khoáng chất, khẩu phần của người bệnh có tỷ lệ không đạt nhu cầu khuyến nghị cao ở nhiều vi chất, đặc biệt là vitamin A, canxi, vitamin B12 và tỷ lệ Ca/P. Đặc biệt, canxi và tỷ lệ Ca/P chưa phù hợp là vấn đề cần quan tâm ở người bệnh ung thư vú, nhất là nhóm có nguy cơ ảnh hưởng sức khỏe xương do tuổi, mãn kinh hoặc điều trị nội tiết. Tuy nhiên, kết quả này chỉ phản ánh lượng vi chất trong khẩu phần 24 giờ, chưa thể kết luận tình trạng thiếu vi chất trên lâm sàng.

Khi phân tích một số yếu tố liên quan đến mức đáp ứng năng lượng, nhóm tuổi là yếu tố duy nhất có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê. Tỷ lệ đạt ≥70% nhu cầu năng lượng ở nhóm ≥50 tuổi cao hơn nhóm <50 tuổi. Điều này có thể liên quan đến sự khác biệt về thói quen ăn uống, mức độ tuân thủ hướng dẫn dinh dưỡng hoặc sự hỗ trợ chăm sóc bữa ăn từ gia đình ở nhóm tuổi lớn hơn. Tuy nhiên, do thiết kế nghiên cứu cắt ngang, chưa cho phép kết luận quan hệ nhân quả.

Trong nghiên cứu này, thể bệnh và một số tác dụng phụ sau lần hóa trị trước như buồn nôn, mệt mỏi, chán ăn chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức đạt 70% nhu cầu năng lượng. Điều này không có nghĩa các triệu chứng trên không ảnh hưởng đến ăn uống, mà có thể do nghiên cứu chỉ ghi nhận sự hiện diện của triệu chứng, chưa đánh giá mức độ nặng, thời gian kéo dài hoặc thời điểm xuất hiện so với ngày điều tra khẩu phần. Các nghiên cứu tiếp theo nên đánh giá chi tiết hơn mức độ triệu chứng và khẩu phần lặp lại nhiều ngày ở từng chu kỳ hóa trị.

Hạn chế của nghiên cứu là việc sử dụng phương pháp hỏi ghi khẩu phần 24 giờ trong một ngày, nên kết quả có thể chịu ảnh hưởng của sai số nhớ lại và khả năng ước lượng lượng thực phẩm của người bệnh. Khẩu phần tại một thời điểm khảo sát chưa phản ánh đầy đủ khẩu phần ăn thường xuyên hoặc sự thay đổi lượng ăn giữa các thời điểm trong chu kỳ hóa trị.

V. KẾT LUẬN

Khẩu phần 24 giờ của người bệnh ung thư vú điều trị hóa chất chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu dinh dưỡng, với hơn một nửa người bệnh không đạt 70% nhu cầu năng lượng khuyến nghị. Cơ cấu khẩu phần mất cân đối với tỷ lệ thiếu lipid cao, trong khi protein và glucid có xu hướng vượt giới hạn khuyến nghị. Khẩu phần chất xơ, vitamin A, vitamin B12 và canxi phần lớn người bệnh chưa đạt nhu cầu.

Tài liệu tham khảo

1. Hoobler R, Herrera M, Woodruff K, et al. Malnutrition risk is associated with all-cause mortality and chemotherapy complications among adults diagnosed with diverse cancer types: a retrospective cohort study. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2025. doi: 10.1016/j.jand.2025.04.014.
2. Kashif Haleema, Raza Qaisar, Nawaz Sadia, et al. The Impact of Chemotherapy on the Nutritional Status of Breast Cancer Patients. Cureus. 2024;16(12). doi: 10.7759/cureus.76549
3. Xu Wanli, Li Aolan, Yackel Hayley D, et al. Dietary consumption patterns in breast cancer survivors: Pilot evaluation of diet, supplements and clinical factors. European Journal of Oncology Nursing,. 2024;72:102678. doi: 10.1016/j.ejon.2024.102678
4. Hoàng Việt Bách, Phan Thị Thu Hà, Lê Thị Hương. Khẩu phần ăn 24 giờ và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư đại-trực tràng trước phẫu thuật tại bệnh viện K, cơ sở 3 năm 2024. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2026;67(CĐ1 NCKH). doi:10.52163/yhc.v67iCD1.4268
5. Muscaritoli Maurizio, Arends Jann, Bachmann Patrick, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical nutrition,. 2021;40(5):2898-913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005
6. Bộ Y tế, Viện Dinh dưỡng. Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2026.
7. De Vries YC, Van Den Berg MMGA, De Vries JHM, et al. Differences in dietary intake during chemotherapy in breast cancer patients compared to women without cancer. Supportive Care in Cancer. 2017;25(8):2581-91. doi:10.1007/s00520-017-3668-x
8. Ferreira Isabela Borges, Marinho Eduarda da Costa, Custódio Isis Danyelle Dias, et al. Food intake and the nutritional status of women undergoing chemotherapy. Ciencia & saude coletiva. 2016;21:2209-18. doi:10.1590/1413-81232015217.05412015.