

# NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2017

*Trần Thị Anh Tường<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Kim Ngân<sup>2</sup>, và cộng sự*

Nghiên cứu nhằm xác định tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân của 10 loại ung thư thường gặp (ung thư vú, cổ tử cung, buồng trứng, vòm hầu, thanh quản, thực quản, dạ dày, đại trực tràng, phổi, và lymphôm) và diễn tiến sụt cân trong quá trình điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên 480 bệnh nhân điều trị tại BVUB TPHCM năm 2017. **Kết quả:** Tại thời điểm nhập viện, 34,8% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng (theo tiêu chuẩn ESPEN 2016) và sau điều trị tỷ lệ này tăng lên 37,9%. Ung thư thực quản có tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) cao nhất trong 10 bệnh (79,2%), tiếp đến ung thư dạ dày (73,3%), và ung thư phổi (47,1%). Hơn 50% bệnh nhân tiếp tục sụt cân trong quá trình điều trị. Hóa xạ trị đồng thời là mô thức điều trị làm bệnh nhân sụt cân nhiều nhất (76,6%), tiếp đến là xạ trị (68,7%), và phẫu thuật (58,1%). Phỏng vấn khẩu phần ăn 24 giờ, mức năng lượng bệnh nhân nạp vào từ ăn uống trung bình 1297kcal (460 - 1900kcal), chỉ có 54,6% bệnh nhân ăn đủ tối thiểu 75% nhu cầu năng lượng mỗi ngày. Các yếu tố cản trở đến việc ăn uống: đau, ăn không ngon miệng, nôn, tiêu chảy, táo bón, lo âu, mất ngủ, ho, khó thở. Chỉ có 12,6% bệnh nhân SDD được hội chẩn và tư vấn dinh dưỡng, 19% bệnh nhân nuôi ăn qua ống thông, 9% nuôi tĩnh mạch hỗ trợ, 6% bệnh nhân trì hoãn hoặc ngừng điều trị vì SDD. **Kết luận:** SDD rất phổ biến trên 10 bệnh ung thư thường gặp tại thời điểm nhập viện. Sụt cân sẽ tiếp tục trong quá trình điều trị. SDD có thể làm trì hoãn và ngừng điều trị ung thư. Can thiệp dinh dưỡng tại bệnh viện chưa đạt hiệu quả cần cải thiện hơn trong thời gian tới.

**Từ khóa:** *Suy dinh dưỡng, sụt cân, ung thư, Bệnh viện ung bướu TP Hồ Chí Minh.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tầm soát, chẩn đoán và can thiệp dinh dưỡng rất quan trọng đối với bệnh nhân ung thư không chỉ vì tỷ lệ bệnh nhân ung thư bị suy SDD khá cao so với các mặt bệnh khác mà còn vì bệnh nhân ung thư có thể sẽ bị SDD trong quá trình điều trị do tác dụng phụ cũng như di chứng của các mô thức điều trị đặc hiệu như phẫu thuật, hóa trị, xạ trị. Tại thời điểm nhập viện, tỷ lệ SDD trên bệnh nhân ung thư khác nhau trên thế giới dao động từ 30-80% tùy theo phương pháp đánh giá, vị trí ung thư, giai đoạn bệnh [2]. Tại BV Ung Bướu TPHCM, chúng

tôi đã làm 2 nghiên cứu khảo sát tỷ lệ SDD ở 2 khoa ngoại 2 và 3 khu trú ở bệnh lý đầu cổ và tiêu hóa. Tỷ lệ này dao động từ 16 đến 67%, cao nhất là ung thư đại tràng, ung thư dạ dày, tiếp đến là ung thư hạ hầu thanh quản [9, 10]. Nghiên cứu sử dụng BMI, SGA, và nồng độ Albumin để chẩn đoán SDD. Hiện tại bệnh viện chúng tôi đang sử dụng bảng đánh giá dinh dưỡng kết hợp NRS 2002 và SGA để tầm soát và đánh giá dinh dưỡng cho tất cả các bệnh nhân nhập viện điều trị. Chúng tôi muốn sử dụng bảng đánh giá này và định nghĩa SDD mới của ESPEN để nghiên cứu tình trạng dinh

<sup>1</sup>ThS, BS.CKII – Bệnh viện Ung bướu TPHCM

Email: anhtuongtran22@yahoo.com

ĐTDD: 0908454449

<sup>2</sup>BS CKI - Khoa dinh dưỡng BV Ung bướu TPHCM

Ngày nhận bài: 15/6/2018

Ngày phản biện đánh giá: 2/7/2018

Ngày đăng bài: 25/7/2018

dưỡng bệnh nhân ở tất cả các khoa ngoại, nội, xạ với 10 loại bệnh ung thư thường gặp tại bệnh viện.

Hơn nữa, tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân sẽ thay đổi theo hướng tiêu cực trong quá trình điều trị: khoảng 2/3 bệnh nhân sẽ trở nên SDD khi điều trị và 1/5 bệnh nhân chết vì suy mòn [2]. Hiện nay, hầu hết các nghiên cứu đánh giá dinh dưỡng chỉ thực hiện nghiên cứu cắt ngang tại một thời điểm nhập viện, chưa có cái nhìn thay đổi cân nặng trong diễn tiến điều trị bệnh. Chúng tôi muốn qua nghiên cứu có thể biết được mô thức điều trị nào ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng nhiều nhất, đồng thời cũng tìm hiểu những vấn đề có liên quan đến tình trạng sụt cân trong điều trị như khẩu phần ăn, tác dụng phụ của các mô thức điều trị. Năm 2016 là năm đầu tiên chúng tôi thực hiện hội chẩn và tư vấn dinh dưỡng, qua nghiên cứu chúng tôi muốn biết các khoa lâm sàng đã chỉ định hội chẩn tư vấn dinh dưỡng ở mức độ nào để định hướng cho khoa dinh dưỡng hoạt động tốt hơn.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỷ lệ SDD bệnh nhân bị một trong 10 ung thư thường gặp
2. Xác định tỷ lệ sụt cân trong quá trình điều trị và những yếu tố ảnh hưởng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng:

Bệnh nhân được chẩn đoán một trong 10 ung thư sau: ung thư vú, cổ tử cung, buồng trứng, vòm hầu, thanh quản, thực quản, dạ dày, đại trực tràng, phổi, và lymphôm và được điều trị nội trú tại bệnh viện Ung Bướu TPHCM trong thời gian từ 1/1 đến 31/5 năm 2017. Mỗi loại ung thư tối thiểu có 30 bệnh nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mất

chi, không cân được, bệnh nhân từ chối điều trị, xuất viện ngay sau nhập viện.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Toàn bộ 480 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, tại thời điểm nhập viện được cân đo và phỏng vấn tình trạng sụt cân, khẩu phần ăn 24 giờ. Khi bệnh nhân xuất viện hoặc chuyển khoa sẽ được cân đo một lần nữa. Những xét nghiệm có liên quan đến dinh dưỡng (Hemoglobulin, lympho bào, CRP, Albumin), những can thiệp dinh dưỡng như: hội chẩn và tư vấn dinh dưỡng, nuôi ăn qua ống thông (dung dịch nuôi ăn, mức năng lượng), nuôi tĩnh mạch và những cản trở đến khả năng thu nạp năng lượng (nôn ói, táo bón, tiêu chảy, đầy bụng, ho, khó thở) sẽ được ghi nhận nếu có.

**Phương pháp nghiên cứu:** Dùng cân và thước đo của bệnh viện đã trang bị cho từng khoa. Bệnh nhân sẽ được cân trên cùng một cân trước và sau điều trị.

Phỏng vấn bệnh nhân bằng bảng câu hỏi được soạn sẵn.

Một số chỉ tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

- Suy dinh dưỡng theo định nghĩa ESPEN (Hiệp Hội Dinh Dưỡng Lâm sàng và Chuyên Hóa Châu Âu) [4,7]:

- Chỉ số khối cơ thể (BMI) < 18,5 kg/m<sup>2</sup>.

- Sụt cân > 10% cân nặng thường ngày.

- Sụt cân >5% cân nặng thường ngày và BMI < 20 kg/m<sup>2</sup> nếu dưới 70 tuổi, hoặc BMI < 22 kg/m<sup>2</sup> nếu trên 70 tuổi.

- Thiếu máu định nghĩa như sau: Nữ có Hb < 12 g/dL, nam có Hb < 13 g/dL

- Giảm Albumin: Khi Albumin/ máu < 3,5 g/L.

- Protein phản ứng C (CRP) cao khi CRP/ máu > 10 mg/L.

- Suy mòn: (Fearon 2011): Sụt cân > 5% hoặc BMI < 20 và sụt cân > 2% có giảm ăn và tăng viêm.

*Xử lý số liệu:* Dùng phần mềm SPSS

16,0 để thống kê các số liệu, tính toán năng lượng khẩu phần ăn 24 giờ dựa vào phần mềm Eiyokun.

### III. KẾT QUẢ:

#### 1. Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

**Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:**

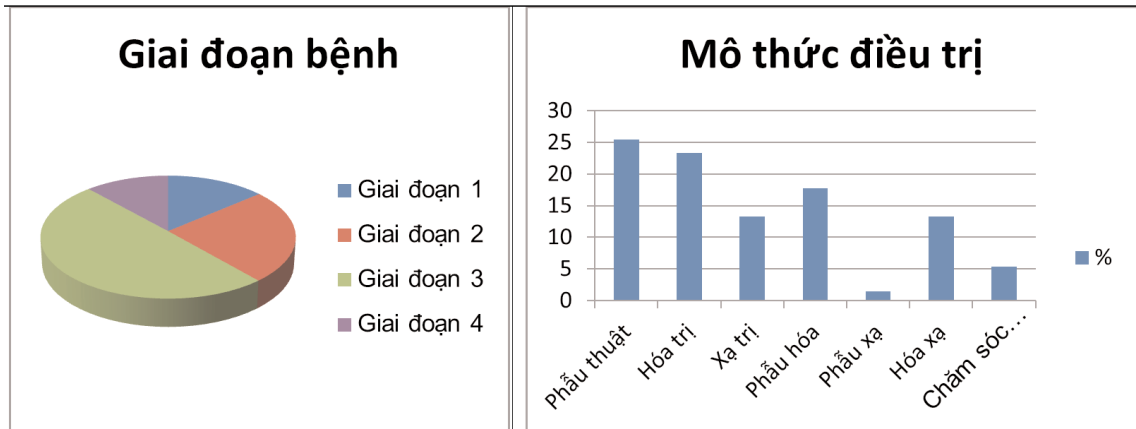
| Đặc điểm            | Số ca (n=480) | %    |
|---------------------|---------------|------|
| Giới tính           | 280           | 58,3 |
| Nam                 | 200           | 41,7 |
| Nữ                  |               |      |
| Địa chỉ             | 400           | 83,3 |
| Nông thôn           | 80            | 16,7 |
| Thành phố           |               |      |
| Trình độ văn hóa    |               |      |
| Mù chữ              | 2             | 0,4  |
| Cấp 1               | 162           | 33,8 |
| Cấp 2               | 161           | 33,5 |
| Cấp 3               | 116           | 24,2 |
| Đại học-sau đại học | 39            | 8,1  |
| Tình trạng kinh tế  | 139           | 29   |
| Sống lệ thuộc       | 210           | 43,8 |
| < 5 triệu đồng      | 108           | 22,5 |
| 5 - 10 triệu đồng   | 23            | 4,8  |
| ≥ 10 triệu đồng     |               |      |

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 54,3 (18-99). Lứa tuổi mắc bệnh ung thư: tuổi trung niên. Đa số bệnh nhân ở tỉnh, trình độ học vấn thấp, và thu nhập thấp.

**Bảng 2. Vị trí ung thư**

| Ung thư     | Số ca (n=266) | %           | Ung thư (n=214) | Số ca | %    |
|-------------|---------------|-------------|-----------------|-------|------|
| Cổ tử cung  | 50            | 10,4        | Thực quản       | 54    | 11,2 |
| Vú          | 70            | <b>14,6</b> | Dạ dày          | 30    | 6,2  |
| Buồng trứng | 42            | 8,8         | Đại trực tràng  | 30    | 6,2  |
| Phổi        | 53            | 11          | Thanh quản      | 50    | 10,4 |
| Limphôm     | 51            | 10,6        | Vòm hầu         | 50    | 10,4 |

Trong nghiên cứu, số bệnh nhân ung thư vú chiếm tỷ lệ cao nhất, ít nhất là ung thư dạ dày, và đại trực tràng.



**Biểu đồ 1, 2. Giai đoạn bệnh- Mô thức điều trị**

Biểu đồ 1 và 2 cho thấy gần một nửa số trường hợp nhập viện ở giai đoạn III, phẫu thuật và hóa trị là 2 mô thức điều trị nhiều nhất.

## 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng:

**Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng và sụt cân bệnh nhân tại 2 thời điểm**

|                             | Trước điều trị |      | Sau điều trị |      |
|-----------------------------|----------------|------|--------------|------|
|                             | Số ca          | %    | Số ca        | %    |
| Suy dinh dưỡng              | 167/480        | 34,8 | 182/480      | 37,9 |
| Sụt cân                     | 318/476        | 66,8 | 294/480      | 61,2 |
| Sụt cân > 5% CN thường ngày | 175/476        | 36,8 | 172/480      | 35,8 |

Kết quả ở Bảng 3 cho thấy tỷ lệ SDD tại thời điểm nhập viện khá cao: 34,8%, tăng lên 37,9% sau điều trị.

**Bảng 4. Suy dinh dưỡng và bệnh ung thư:**

| Ung thư            | Số ca     | %           |
|--------------------|-----------|-------------|
| Cổ tử cung (n=50)  | 18        | 36          |
| Vú (n=70)          | 15        | 21,4        |
| Buồng trứng (n=42) | 11        | 26,1        |
| Phổi (n=53)        | <b>25</b> | <b>47,1</b> |
| Lymphôm (n=51)     | 14        | 27,4        |
| Thực quản (n=54)   | <b>42</b> | <b>79,2</b> |
| Dạ dày (n=30)      | <b>22</b> | <b>73,3</b> |
| Đại tràng (n=30)   | 2         | 6,7         |
| Thanh quản(n=50)   | 14        | 28          |
| Vòm hầu (n=50)     | 8         | 16          |
| Tổng cộng (n=480)  | 167       | 34,8        |

Kết quả ở Bảng 4 cho thấy tại thời điểm nhập viện, ung thư dạ dày, thực quản và phổi là 3 ung thư có tỷ lệ SDD cao nhất, ung thư đại tràng có tỷ lệ SDD thấp nhất.

**Bảng 5. Sụt cân và mô thức điều trị**

|                          | Số ca     | %           |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Phẫu thuật (n=122)       | 71        | 58,2        |
| Hóa trị (n=112)          | 63        | 56,2        |
| Xạ trị (n=64)            | <b>44</b> | <b>68,7</b> |
| Phẫu hóa (n=85)          | 46        | 54,1        |
| Phẫu xạ (n=7)            | 3         | 42,9        |
| Hóa xạ (n=64)            | <b>49</b> | <b>76,6</b> |
| Chăm sóc giảm nhẹ (n=26) | <b>18</b> | <b>69,2</b> |

Kết quả ở Bảng 5 cho thấy xạ trị, hóa xạ trị là 2 mô thức điều trị làm sụt cân nhiều nhất lần lượt là 68,7 và 76,6%.

**Bảng 6: Nhu cầu năng lượng và mức đáp ứng nhu cầu năng lượng trong khẩu phần ăn 24 giờ**

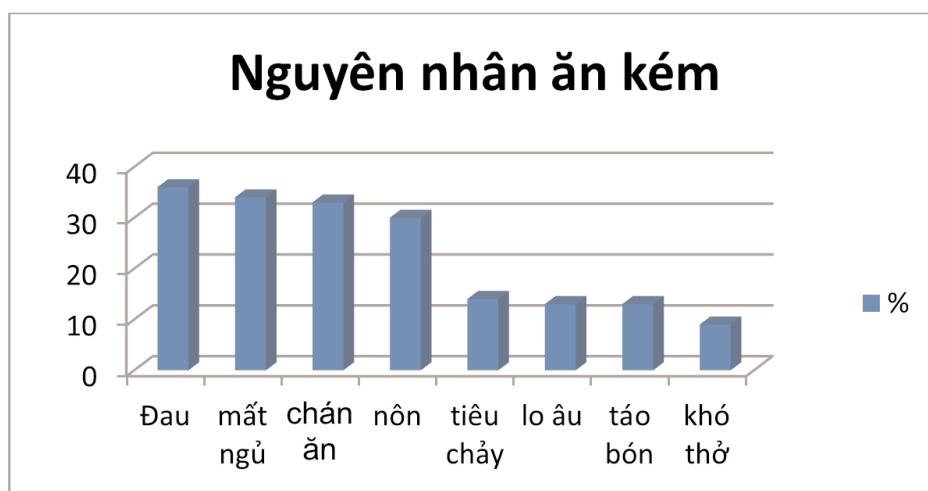
Nhu cầu năng lượng (30kcal/kg/day): 1675 kcal (1390-2138 kcal)

Phỏng vấn khẩu phần ăn 24 giờ: 1297 kcal (460-1900 kcal)

| Thu nạp (% nhu cầu năng lượng) | Số ca      | %         |
|--------------------------------|------------|-----------|
| 75,1 - 100%                    | 262        | 54,6      |
| 50,1 - 75%                     | <b>168</b> | <b>35</b> |
| Ít hơn 50%                     | <b>19</b>  | <b>4</b>  |

Kết quả ở Bảng 6 cho thấy chỉ có 54,6% bệnh nhân ăn đủ 75% nhu cầu năng lượng.

### Những rào cản trong can thiệp dinh dưỡng

**Biểu đồ 3: Những vấn đề liên quan đến dinh dưỡng**

**Bảng 7: Suy dinh dưỡng và tiên lượng điều trị**

| Vấn đề                      | Số ca<br>(n=480) | %   |
|-----------------------------|------------------|-----|
| Tri hoãn điều trị           | 31               | 6,5 |
| Ngưng điều trị              | 29               | 6   |
| Viêm phổi, nhiễm trùng nặng | 18               | 3,7 |
| Truyền máu / BN thiếu máu   | 29/180           | 16  |

Kết quả ở Bảng 7 cho thấy 6% bệnh nhân phải trì hoãn và ngừng điều trị, 16% cần truyền máu.

**Bảng 8: Suy dinh dưỡng và các biện pháp can thiệp dinh dưỡng**

|                       | Số ca  | %    |
|-----------------------|--------|------|
| Tư vấn dinh dưỡng     | 21/167 | 12,6 |
| Nuôi ăn qua ống thông | 91/480 | 19   |
| Nuôi tĩnh mạch hỗ trợ | 43/480 | 9    |

Bảng 8 cho thấy các biện pháp can thiệp dinh dưỡng đã được chỉ định không nhiều từ 9% đến 19%.

## BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 480 bệnh nhân ung thư điều trị tại bv Ung Bướu TPHCM bao gồm ung thư vòm hầu, phổi, thực quản, thanh quản, dạ dày, đại trực tràng, cổ tử cung, vú, buồng trứng à lymphôm. Đây là nghiên cứu tiền cứu lớn nhất khảo sát về tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân ung thư tại thời điểm nhập viện và trong quá trình điều trị. Như đã biết, bệnh nhân ung thư rất dễ bị suy dinh dưỡng (SDD), trong nghiên cứu này tỷ lệ SDD chung cho các bệnh ung thư là 34,8%. Có lẽ tỷ lệ này sẽ còn cao hơn nếu số ca ung thư vú không nhiều nhất trong mười bệnh ung thư. Vì trong các loại ung thư, ung thư tuyến vú ít có nguy cơ SDD nhất, hay nói khác hơn béo phì là nguy cơ ung thư vú [1]. Thật vậy, trong những nghiên cứu trước đây tại BVUB TPHCM,

tỷ lệ SDD thay đổi từ 16 đến 65,2%, trong đó ung thư có tỷ lệ SDD thấp nhất là ung thư tuyến giáp và cao nhất là ung thư đại tràng. Các nghiên cứu này chỉ tập trung vào 2 nhóm ung thư đầu cổ và ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật [9, 10]. Phương tiện đánh giá SDD cũng làm khác nhau các tỷ lệ SDD. Nếu như trước đây các nghiên cứu dùng BMI hay nồng độ Albumin để chẩn đoán SDD thì nghiên cứu này dùng phức hợp BMI và tình trạng sụt cân của bệnh nhân để chẩn đoán SDD. Trong 10 ung thư thường gặp, ung thư đại tràng có tỷ lệ SDD thấp nhất, ung thư thực quản có tỷ lệ SDD cao nhất, tiếp theo là ung thư dạ dày và phổi. Nếu chỉ dựa vào chỉ số BMI, thì tỷ lệ SDD không đạt đến con số 34,8% vì BMI > 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Tình trạng sụt cân có giá trị dự đoán nguy cơ SDD nay được ESPEN xem như một tiêu chí chẩn đoán SDD khi mức độ sụt cân vượt quá 10% cân nặng hay 5% cân nặng khi BMI < 22 kg/m<sup>2</sup> [7]. Nếu chỉ tính BMI < 18,5 là SDD thì

nghiên cứu chỉ có 93 ca tức là tỷ lệ SDD là 19,3% thấp hơn đáng kể nếu chúng ta tính theo định nghĩa của ESPEN.

Điều trị ung thư với nhiều mô thức khác nhau, mô thức nào không ít thì nhiều cũng ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng. Với nhiều mô thức điều trị kết hợp mức ảnh hưởng theo lý luận có thể sẽ nhiều hơn [5,6]. Tuy nhiên, trước giờ chưa có công trình nào ở bệnh viện nghiên cứu xem hóa trị, phẫu thuật, xạ trị hay mô thức nào ảnh hưởng đến cân nặng nhiều nhất. Đây cũng là điểm nhấn của nghiên cứu này khi kết quả cho thấy sau điều trị tỷ lệ SDD tăng lên 37,8%; 35,8% tiếp tục sụt cân trong quá trình điều trị. Xạ trị là mô thức điều trị gây sụt cân nhiều nhất (42%) trong 3 mô thức điều trị và hóa xạ trị đồng thời càng làm sụt cân hơn nữa (76,6%). Điều trị không chỉ ảnh hưởng đến cân nặng, điều trị còn làm tình trạng thiếu máu của bệnh nhân trở nên nhiều và nặng hơn (38% trước điều trị tăng lên 72,5% sau điều trị). Trong số đó, 16% bệnh nhân cần truyền máu. Điều trị nhiều mô thức kết hợp do ung thư giai đoạn tiến xa (60%) là một trong lý do khiến bệnh nhân thiếu máu cần truyền máu.

Khi chúng tôi phỏng vấn khẩu phần ăn 24 giờ của các bệnh nhân này, chỉ thấy có 2/3 bệnh nhân ăn được 75% nhu cầu năng lượng. Mức năng lượng trung bình thu nạp được tính là khoảng 1300 kcal. Trong khi đó mức năng lượng cần đạt được mỗi ngày tính theo công thức 30 kcal/ kg/ ngày là 1675 kcal. Có những trường hợp thu nạp năng lượng ít hơn 500kcal/ ngày và chỉ có 5,6% ăn đủ hoặc hơn nhu cầu. Những nguyên nhân khiến bệnh nhân ăn kém: đau (36%), chán ăn

(33%), nôn (30%), mất ngủ, kiêng ăn, mệt (34%). 70% bệnh nhân sử dụng bữa ăn từ thiện, có cả cơm chay và mặn, nguồn thực phẩm không ổn định. Và có đến 8% bệnh nhân không có người chăm sóc cận kề bên. Đa số bệnh nhân ít sử dụng bữa phụ và sữa dành cho bệnh nhân ung thư. Sữa được dùng nhiều là sữa đặc có đường, sữa tươi và Ensure. Thành phần các sữa này chủ yếu là đường, ít đạm và thiếu các vi chất cần cho bệnh nhân ung thư như kẽm, selen, EPA. Xem lại đặc điểm nhóm nghiên cứu mới thấy 80% bệnh nhân sống ở tỉnh, gần 50% có thu nhập thấp và trình độ học vấn thấp. Do đó sự quan tâm đến dinh dưỡng đúng cách còn nhiều hạn chế.

Theo những hướng dẫn của các Hiệp Hội Dinh Dưỡng Thế giới, khi bệnh nhân ung thư có nguy cơ SDD, ăn kém hơn nhu cầu năng lượng cần được khám tư vấn dinh dưỡng qua đường miệng và khi ăn không đủ 50% nhu cầu trong 1 tuần cần nuôi ăn qua ống thông [7]. Trường hợp bệnh nhân không dung nạp được đường tiêu hóa bệnh nhân phải được nuôi tĩnh mạch [4]. Thế nhưng trong nghiên cứu chỉ có 12,6% bệnh nhân đã SDD được khám và tư vấn dinh dưỡng, 19% bệnh nhân được nuôi ăn qua sonde, 9% bệnh nhân dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nghịch lý hơn nữa, khi khảo sát mức năng lượng nạp vào của bệnh nhân ăn qua sonde, họ chỉ có đạt được 74% nhu cầu năng lượng và như là một hệ quả tất yếu 55% trong số họ sau đặt ống vẫn sụt cân. Về điều trị đặc hiệu, SDD làm cho 6,5% bệnh nhân phải trì hoãn, 6% phải ngừng điều trị, 3,7% có bệnh lý nhiễm trùng nặng kèm theo như viêm phổi, nhiễm trùng huyết.

#### IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy SDD là một vấn đề phổ biến trên bệnh nhân ung thư không chỉ ở tại 1 thời điểm nhập viện, mà còn là gánh nặng cho bệnh nhân trong suốt quãng thời gian điều trị. Tuy không phải ung thư đường tiêu hóa nhưng các ung thư khác như ung thư phổi, lymphôm, ung thư buồng trứng vẫn có tỷ lệ SDD khá cao. Hóa xạ trị và xạ trị là 2 mô thức ảnh hưởng tình trạng dinh dưỡng nhiều nhất. Sụt cân là yếu tố góp phần suy dinh dưỡng cần được theo dõi định kỳ trong quá trình điều trị. Hoạt động can thiệp dinh dưỡng chưa được chỉ định và hoạt động đúng mức. Bệnh nhân phải chịu gánh nặng dinh dưỡng trong suốt quá trình điều trị trong một hoàn cảnh kinh tế khó khăn, thiếu kiến thức và sự hỗ trợ từ các nhân viên y tế và các tổ chức xã hội.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aude Di Fiore et al (2014). *Impact of nutritional parameter variations during definitive chemoradiotherapy in locally advanced esophageal cancer*. Digestive and Liver Disease 46 270-275.
2. Righini C.A. et al, (2013). *Assessment of nutritional status at the time of diagnosis in patients treated for head and neck cancer*. European Annals Otorhinolaryngology, Head and Neck disease 130, 8-14.
3. Christèle Blanc Bisson, (2008). *Undernutrition in elderly patients with cancer:*

*Target for diagnosis and intervention*. Critical Reviews in Oncology/ Hematology 67 243-254

4. Federico Bozzetti, (2010). *Basics in Clinical Nutrition: Nutritional support in cancer*. Journal of clinical Nutrition and Metabolism 3, e148-e152.
5. Giorgio Capuano, (2008). *Correlation between anemia, unintentional weight loss and inflammatory status on cancer-related fatigue and quality of life before chemo and radiotherapy*. Journal of clinical Nutrition and Metabolism 3, e147-e151.
6. Ji Yeon Kim et al, (2011). *Development and validation of a nutrition screening tool for hospitalized cancer patient*. Clinical Nutrition 30 724-729.
7. Kyle L Thompson et al, (2016). *Oncology Evidence- Based Nutrition Practice Guideline for Adult*. Journal of the academy of nutrition and Dietetics.
8. Maurizio Muscaritoli et al, (2014). *Cachexia: A preventable comorbidity of cancer ATARGET approach*. Critical Reviews in Oncology / Hematology 125-128.
9. Đoàn Trọng Nghĩa và cộng sự, (2013). *Khảo sát tình trạng dinh dưỡng tiền phẫu của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa*. Tạp chí Y Dược Học TP HCM, 99-109.
10. Phạm Thanh Thúy và cộng sự, (2010). *Khảo sát tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân ung thư vùng đầu cổ*. Tạp chí Y Học TP HCM, 85-93.



## Summary

### A STUDY OF MALNUTRITION STATUS OF PATIENTS WITH CANCERS AND SOME RELATED FACTORS IN THE HO CHI MINH CITY ONCOL- OGY HOSPITAL

**Objective:** To determine the percentage of malnourished patient with top of the most common cancers (nasopharynx, lung, esophagus, larynx, stomach, colon, cervix, breast, ovary and lymph node system cancer). **Method:** A prospective study was performed on 480 patients treated in the HCM city Oncology Hospital in 2017. **Result:** At the administration, the incidence of malnutrition was 34.8%, it was growing up to 37.9% at the end of treatment. Patients with esophageal cancer were mostly malnourished (79.2%), then gastric cancer (73.3%), and lung cancer (47.1%). Half of patients kept losing weight during treatment. The rate of weight loss was different among cancer therapies, in which radiotherapy (68.7%) and concurrent chemoradiotherapy (76.6%) accounted for the most frequencies. The patients' energy dietary intake over 24 hour was 1297 kcal (460-1900kcal) on average. There was 56.4% patients that intake met at least 75% energy requirement. The causes may be pain, nausea, anorexia, diarrhea, constipation, low income. However, only 12.6% of malnourished patients were dietary consulted, 19% of patients were tube fed, 9% of them were supplied with parenteral nutrition, 6% of them had delayed treatment. **Conclusion:** Malnutrition is very common among cancer patients not only occurs at the administration, but also happens during or at the end of treatment. Malnutrition can stop or delay cancer treatment. Nutritional therapy at the HCM city oncology hospital was not good enough. It need to be improved in the next future.

**Keywords:** *Malnutrition, weight loss, cancer, Hochiminh City Oncology Hospital.*

