

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2016

Nguyễn Thùy Linh¹, Dương Thị Phương², Trần Thị Giáng Hương³, Nguyễn Thúy Nam⁴

Bệnh nhân ung thư đối mặt với nhiều thách thức trong quá trình điều trị, bao gồm duy trì tình trạng dinh dưỡng tốt và phòng suy dinh dưỡng. **Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 280 bệnh nhân ung thư từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2016. **Kết quả:** Theo chỉ số khối cơ thể (BMI), tỷ lệ suy dinh dưỡng là 21,8%; thừa cân/béo phì là 6,1%. Khoảng 52,5% bệnh nhân ung thư có nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA. Tỷ lệ bệnh nhân bị giảm cân trong 6 tháng qua và một tháng qua lần lượt là 77,5%; 41,1%. Có 23,8% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng theo phân loại Albumin và 48,2% suy dinh dưỡng theo tổng số lượng tế bào Lympho. Tỷ lệ thiếu máu là 48,9%. Bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có nguy cơ suy dinh dưỡng (theo PG-SGA) và thiếu máu cao hơn nhóm ung thư ngoài đường tiêu hóa có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa đang ở mức cao nhất.

Từ khoá: *Tình trạng dinh dưỡng, ung thư, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một bệnh đang có xu hướng gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam và đã trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do bệnh tật [1]. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2012 ước tính có 14,1 triệu người mắc mới ung thư trên toàn cầu, khoảng 8,2 triệu người tử vong [2]. Tại Việt Nam, theo “Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015”, ước tính số người mắc ung thư ở Việt Nam là hơn 125.000 người (năm 2012) và có đến 94.700 người chết vì ung thư [3].

Bên cạnh đó, khi bị ung thư thì các chuyển hóa trong cơ thể người bệnh bị biến đổi. Quá trình giáng hóa protein, giáng hóa lipid tăng lên trong khi sinh tổng hợp protein ở cơ giảm; kết quả là cơ thể mất khối nạc và khối mỡ. Đồng thời, chuyển hóa carbohydrate bị thay đổi do

khối u phát triển. Sự thay đổi này góp phần làm tăng tiêu hao năng lượng và cơ thể trở nên gầy còm, suy kiệt. Do đó, bệnh nhân ung thư phải đối mặt với nhiều thách thức, trong đó bao gồm cả duy trì tình trạng dinh dưỡng tốt, tránh giảm cân và suy dinh dưỡng (SDD). Tuy nhiên, quản lý y tế vẫn tập trung vào việc chăm sóc, điều trị lâm sàng cho bệnh nhân mà ít chú ý tới vấn đề chăm sóc dinh dưỡng, đặc biệt là tình trạng dinh dưỡng của các bệnh nhân này [4]. Trong khi đó, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và can thiệp dinh dưỡng có vai trò quan trọng góp phần tăng hiệu quả điều trị, thời gian sống và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư [5]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng chỉ tiêu nhân trắc và hóa sinh.*

¹Ths. Trường Đại học Y Hà Nội.
Email: linhngthuy.hmu@gmail.com

²BS. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

³PGS.TS. Vụ Hợp tác Quốc tế, Bộ Y tế

⁴CN. Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày gửi bài: 1/12/2016

Ngày phản biện đánh giá: 15/1/2017

Ngày đăng bài: 30/3/2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư bằng mô bệnh học và được điều trị tại Khoa Ung bướu & Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2016. Bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ, không đồng ý tham gia nghiên cứu và bệnh nhân rối loạn tâm thần không được chọn vào nghiên cứu.

2. Phương pháp

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

• Cỡ mẫu: Tính theo công thức cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

n: cỡ mẫu nghiên cứu:

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

p: tỷ lệ bệnh nhân ung thư có nguy cơ hoặc bị SDD theo PG-SGA lấy từ nghiên cứu trước là $p = 0,517$ [6].

ϵ : là sai số tương đối của nghiên cứu, lấy $\epsilon = 0,12$.

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 250$. Cộng thêm 10% tỷ lệ bệnh nhân bỏ cuộc hoặc có các vấn đề khác ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu, cỡ mẫu cuối cùng là 280 bệnh nhân.

• **Chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu cho đến khi cỡ mẫu đạt 280 bệnh nhân.

2.3. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

• **Kỹ thuật thu thập thông tin:** Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu để thu thập thông tin về tuổi, giới, tình trạng

giảm cân và triệu chứng liên quan đến ăn uống của bệnh nhân; kết hợp với đánh giá tình trạng dinh dưỡng trong vòng 24 giờ đầu nhập viện với các chỉ số: cân nặng, chiều cao, BMI (BMI <18,5 thiếu năng lượng trường diễn, BMI từ 18,5- 24,9 bình thường, BMI >25,0 thừa cân). Phần đánh giá dinh dưỡng chủ thể tổng quan (PG-SGA) bao gồm: phần hỏi cân nặng sụt giảm trong một tháng và sáu tháng vừa qua, khẩu phần ăn trong một tháng, các triệu chứng đường tiêu hóa, hoạt động và chức năng trong một tháng và phần khám thực thể (các bệnh kèm theo, nhu cầu chuyên hóa, mất lớp mỡ dưới da, teo cơ và phù). Phân loại: PG-SGA A dinh dưỡng tốt, PG-SGA B nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ và vừa, PG-SGA C nguy cơ suy dinh dưỡng nặng. Một số thông tin về kết quả cận lâm sàng được lấy từ hồ sơ bệnh án.

• **Công cụ thu thập thông tin:** Bộ câu hỏi nghiên cứu đã được xây dựng sẵn. Các công cụ thu thập chỉ tiêu nhân trắc bao gồm: cân tanita BC-543 (độ chính xác đo cân nặng là 0,1 kg), thước gỗ đo chiều cao (độ chính xác đo chiều cao là 0,1 cm).

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epi-data 3.1. Các phân tích được thực hiện bằng phần mềm STATA 12.0.

Phương pháp đánh giá, nhận định kết quả [7]:

- Albumin huyết thanh: Bình thường khi albumin huyết thanh của người lớn từ 35 - 48 g/l. Lượng albumin <35 g/l được coi là SDD. Trong đó:

+ SDD nhẹ: 28 - <35 g/l

+ SDD vừa: 21 - 27 g/dl

+ SDD nặng: <21 g/dl.

- Tổng số lượng tế bào lympho (Total Lymphocyte Count – TLC):

TLC = (% tế bào Lympho x tế bào bạch cầu)/100

Tình trạng dinh dưỡng tốt khi TLC > 1800/mm³; SDD nhẹ khi TLC = 1500-1800/mm³; SDD vừa khi LTC = 900 - <1500/mm³; SDD nặng khi TLC < 900/mm³.

- Hemoglobin: Thiếu máu khi hemoglobin <130 g/l đối với nam và <120 g/l đối với nữ.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=280)	Nam (n=137)	Nữ (n=143)	p
Tuổi (TB ± SD)	56,2 ± 12,0	57,1 ± 11,9	55,4 ± 12,1	0,12
Phân loại ung thư : UT đường tiêu hóa UT ngoài đường tiêu hóa	208 (74,3)	116 (84,7)	92 (64,3)	0,000
	72 (25,7)	21 (15,3)	51 (35,7)	
Cân nặng (kg)	52,5 ± 9,2	54,1 ± 9,2	51,0 ± 8,8	0,002
Chiều cao (cm)	159,6 ± 7,9	162,5 ± 7,8	156,7 ± 6,9	0,000
BMI (kg/m ²)	20,6 ± 2,9	20,4 ± 2,8	20,7 ± 3,1	0,16
Bề dày lớp mỡ dưới da (mm)	25,2 ± 3,0	25,2 ± 3,0	25,2 ± 3,0	0,49
Chu vi vòng cánh tay (cm)	21,6 ± 7,7	20,8 ± 7,0	22,3 ± 8,3	0,06

Nghiên cứu tiến hành trên 280 bệnh nhân ung thư với tỷ lệ 51,1% là nữ và 48,9% là nam; tuổi trung bình là 56,2 ± 12,0 tuổi. Ung thư đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất với 74,3% và tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và hoàn toàn được giữ bí mật; không ảnh hưởng đến sức khỏe và lợi ích của đối tượng nghiên cứu.

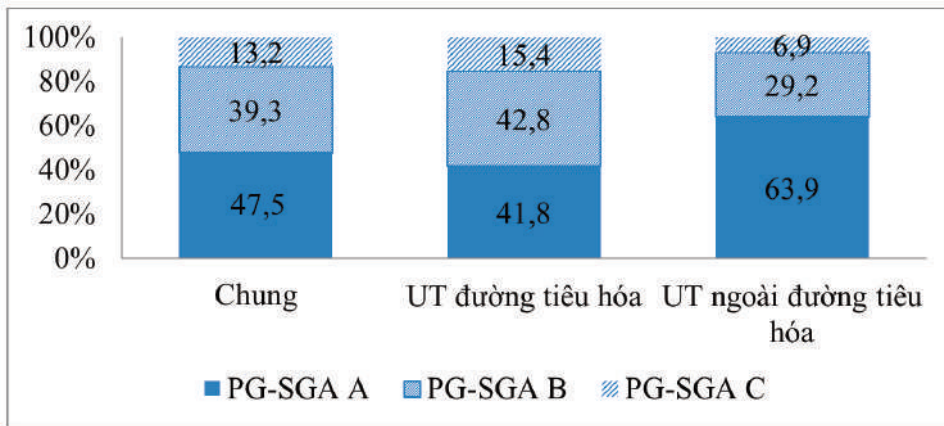
(84,7% so với 64,3%). Cân nặng và chiều cao trung bình lần lượt là 52,5 ± 9,2 kg và 159,6 ± 7,9 cm. BMI trung bình là 20,6 ± 2,9 kg/ m². Bề dày lớp mỡ dưới da và chu vi vòng cánh tay trung bình lần lượt là 25,2 ± 3,0 mm và 21,6 ± 7,7 cm.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo BMI (n = 280)

Phân loại BMI (kg/m ²)	Chung n(%)	UT đường tiêu hóa n(%)	UT ngoài đường tiêu hóa n(%)	p
<18,5	61 (21,8)	50 (24,1)	11 (15,3)	0,051
18,5 – 24,99	202 (72,1)	149 (71,6)	53 (73,6)	
≥ 25	17 (6,1)	9 (4,3)	8 (11,1)	

Tỷ lệ bệnh nhân SDD theo BMI là 21,8%. Trong đó, tỷ lệ SDD của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao hơn so với ung thư ngoài đường tiêu

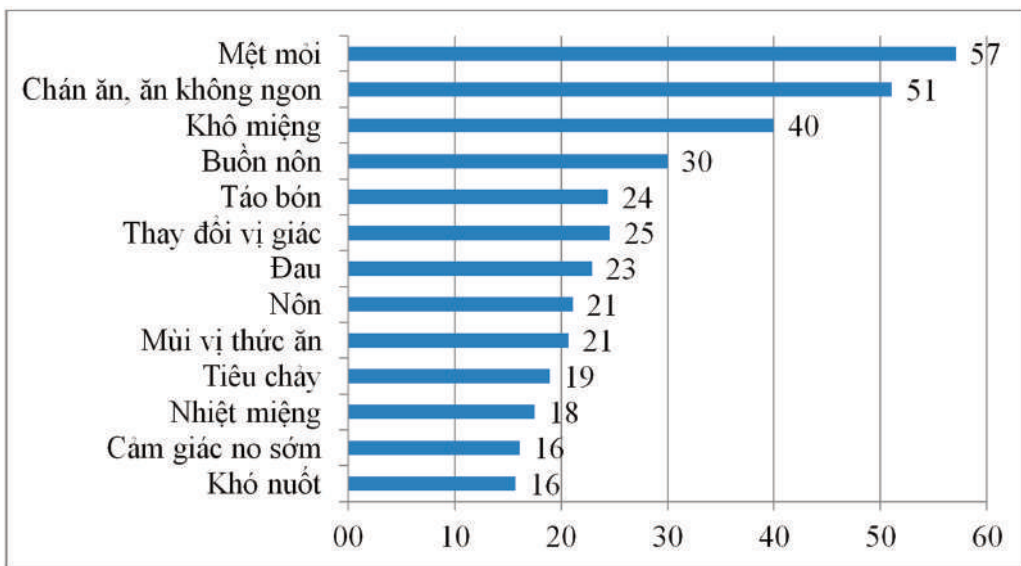
hóa (24,1% so với 15,3%). Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa thực sự có ý nghĩa thống kê (p=0,051).



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng theo phân loại PG-SGA (%)

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 47,5% đối tượng nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng tốt (PG-SGA A) và 52,5% có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa và nặng (PG-SGA B và C). Trong đó, nhóm ung thư

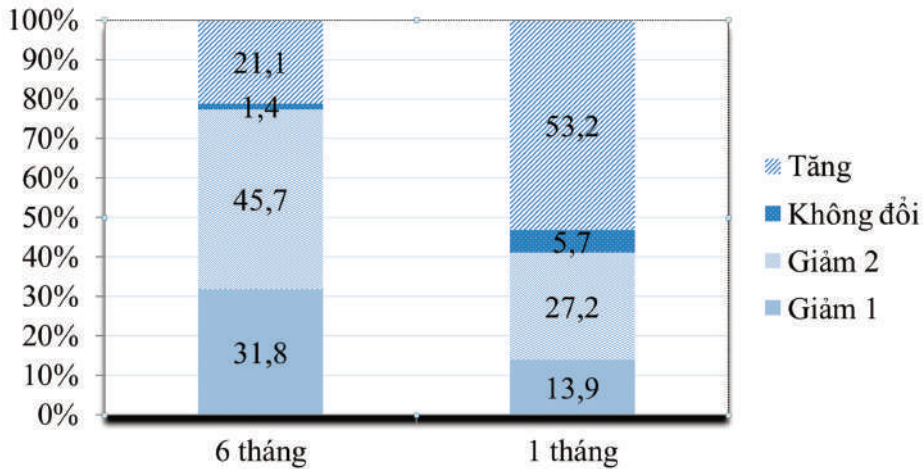
đường tiêu hóa có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa và nặng (PG-SGA B và C) cao hơn so với nhóm ung thư ngoài đường tiêu hóa (58,2% so với 36,1%). Kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,004$.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ (%) các triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống của đối tượng nghiên cứu trong hai tuần qua

Nghiên cứu cho thấy có 57,1% bệnh nhân có triệu chứng mệt mỏi; 51,1% có triệu chứng chán ăn; 40% có triệu chứng khô miệng. Tỷ lệ bị buồn nôn, táo bón, thay đổi vị giác, đau và nôn lần lượt là

30%; 26,4%; 24,6%; 22,9% và 21,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng mùi vị thức ăn, tiêu chảy, nhiệt miệng, cảm giác no sớm và khó nuốt cũng dao động từ khoảng 15% đến 20%.



Biểu đồ 3. Thay đổi cân nặng trong 6 tháng và 1 tháng gần đây của đối tượng nghiên cứu

Giảm 1: giảm $\geq 5\%$ trong 1 tháng và $\geq 10\%$ trong 6 tháng

Giảm 2: giảm $< 5\%$ trong 1 tháng và $< 10\%$ trong 6 tháng

Kết quả cho thấy có đến 77,5% đối tượng giảm cân trong 6 tháng qua, trong đó tỷ lệ giảm trên 10% lên đến 31,8%. Tỷ lệ giảm cân trong 1 tháng qua là 41,1%,

trong đó tỷ lệ giảm trên 5% trong 1 tháng là 13,9%. Tuy nhiên, cũng có đến 53,2% đối tượng tăng cân trong 1 tháng qua.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng theo một số chỉ số hóa sinh máu

Chỉ số hóa sinh		Chung n (%)	UT đường tiêu hóa	UT ngoài đường tiêu hóa	P
Albumin (g/l) n=151	Bình thường (>35)	115(76,2)	87 (73,7)	28 (84,9)	0,13
	SDD nhẹ ($28 < 35$)	31(20,5)	28 (23,7)	3 (9,1)	
	SDD vừa ($21-27$)	5(3,3)	3 (2,6)	2 (6,0)	
TLC (G/l) n=280	Bình thường ($>1,8$)	145(51,8)	109(52,4)	36 (50,0)	0,88
	SDD nhẹ ($1,5-1,8$)	52 (18,6)	38(18,3)	14 (19,4)	
	SDD vừa ($0,9 - < 1,5$)	65 (23,2)	49(23,6)	16 (22,2)	
	SDD nặng ($<0,9$)	18 (6,4)	12(5,8)	6 (8,3)	
Hemoglobin n=280	Có thiếu máu	137(48,9)	115(55,3)	22 (30,6)	0,000
	Không thiếu máu	143(51,1)	93(44,7)	50(69,4)	

Theo phân loại albumin, tỷ lệ bệnh nhân SDD chung là 23,8% (có 20,5% SDD nhẹ và 3,3% SDD vừa). Tỷ lệ bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa bị SDD theo albumin là 26,3% cao hơn so với ung thư ngoài đường tiêu hóa (15,1%).

Tỷ lệ bệnh nhân bị SDD theo tổng số lượng tế bào lympho đêm (TLC) là

48,2%. Trong đó, có 18,6% SDD nhẹ, 23,2% SDD vừa và 6,4% SDD nặng. Nghiên cứu chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ SDD theo TLC giữa hai nhóm ung thư đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

Nghiên cứu cho thấy có 48,9% bệnh nhân bị thiếu máu. Trong đó, tỷ lệ bệnh

nhân ung thư đường tiêu hóa bị thiếu máu là 55,3% cao hơn so với ung thư ngoài đường tiêu hóa (30,6%) với $p < 0,001$.

BÀN LUẬN

Hiện nay, tổ chức Y tế thế giới khuyến dùng chỉ số cơ thể (BMI) để đánh giá phân loại tình trạng dinh dưỡng. BMI có ưu điểm là phương pháp theo dõi trọng lượng dễ thực hiện với dụng cụ đơn giản, kết quả thu được nhanh chóng. Tuy nhiên, BMI cũng có nhược điểm là có độ nhạy kém nhất khi sử dụng độc lập và không dùng để phát hiện sự thiếu hụt dinh dưỡng trong thời gian ngắn hoặc thiếu hụt các chất dinh dưỡng đặc hiệu. Kết quả nghiên cứu cho thấy, theo BMI tỷ lệ SDD chung là 21,8% và tỷ lệ thừa cân, béo phì là 6,1%. Trong đó, tỷ lệ SDD của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao hơn so với ung thư ngoài đường tiêu hóa (24,1% so với 15,3%). So sánh với nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương (2015) trên các bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một chút (21,8% so với 29,3%) [6]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tất cả các bệnh nhân ở nhiều giai đoạn khác nhau của quá trình điều trị: mới được chẩn đoán phát hiện bệnh, đang trong quá trình phẫu thuật hoặc đang điều trị hóa chất, trong khi đối tượng nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương là các bệnh nhân đang điều trị hóa chất. Vì vậy, có thể thời gian chưa đủ dài để làm thay đổi BMI của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu ở Châu Âu cũng cho thấy tỷ lệ SDD dao động từ 10 – 50%, tùy thuộc vào các nhóm bệnh nhân khác nhau [8]. Như vậy, nhìn chung tỷ lệ SDD ở bệnh nhân ung thư là khá cao.

PG-SGA là phương pháp đánh giá

nhanh tình trạng dinh dưỡng đã được chuẩn hóa, áp dụng cho bệnh nhân ung thư; với độ nhạy, độ đặc hiệu cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD hoặc có nguy cơ SDD theo PG-SGA chiếm tỷ lệ khá cao (52,5%); trong đó có 13,2% là SDD nặng. Kết quả này khá tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương (2015) và nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương (2013) với tỷ lệ SDD hoặc có nguy cơ SDD (PG-SGA B hoặc C) lần lượt là 51,7% và 55,7% [6] [9]. Bên cạnh đó, nghiên cứu cho thấy nhóm bị ung thư đường tiêu hóa có nguy cơ SDD cao hơn so với nhóm ung thư ngoài đường tiêu hóa (58,2% so với 36,1%), với $p < 0,01$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (2014) với tình trạng SDD gặp nhiều nhất ở các bệnh nhân ung thư tiêu hóa, tiếp đến là nhóm ung thư phổi, ung thư đầu mặt cổ và thấp nhất là các bệnh nhân ung thư vú [10]. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự [6]. Như vậy, hoạt động tư vấn, can thiệp và giám sát tình trạng dinh dưỡng cho các bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa cần được tăng cường hơn nữa nhằm giảm thiểu tình trạng SDD cho các bệnh nhân này.

Về thay đổi cân nặng của bệnh nhân: trọng lượng là chỉ số cơ bản và quan trọng cho việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tình trạng sức khỏe của cá thể. Kết quả cho thấy có đến 77,5% đối tượng giảm cân trong vòng 6 tháng và tỷ lệ giảm trên 10% lên đến 31,8%. Tỷ lệ giảm cân trong 1 tháng qua là 41,1%. Kết quả này khá tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Giáng Hương (2015) với tỷ lệ giảm cân trong 6 tháng qua là 68,7%, trong đó tỷ lệ giảm trên 10% trong 6 tháng là 27,2%. Tỷ lệ giảm cân trong 1 tháng qua là 35,3% và có 30,6% tăng cân trong 1 tháng qua [6]. Như vậy, SDD liên quan đến bệnh

nhân ung thư thường biểu hiện như một dấu hiệu ban đầu của một bệnh tiến triển nhanh chóng với biểu hiện là sụt cân nhiều trong thời gian ngắn.

Theo các chỉ số hóa sinh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ SDD chung theo phân loại albumin là 23,8% - tỷ lệ này cao hơn so với phân loại BMI (21,8%) và thấp hơn so với PG-SGA (52,5%). Điều này được lý giải do thời gian bán hủy của albumin từ 18 – 20 ngày, vì vậy các ảnh hưởng của chuyển hóa lên nồng độ albumin cần thời gian lâu hơn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (2014) trên bệnh nhân UT tại Bệnh viện Quân Y 103 với tỷ lệ SDD theo albumin là 23,7% [10]. Nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương (2013) với tỷ lệ này là 31,4% [9].

Thêm vào đó, nghiên cứu cũng cho thấy có đến 48,9% đối tượng nghiên cứu bị thiếu máu. Trong đó, bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có tỷ lệ bị thiếu máu cao hơn ung thư ngoài đường tiêu hóa (55,3% so với 30,6%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thiếu máu theo nghiên cứu chúng tôi thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương (2013) với 57,1% và Trịnh Hồng Sơn với tỷ lệ này là 70% [9] [10]. Như vậy có thể thấy mặc dù tỷ lệ thiếu máu có sự khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng nhìn chung ở hầu hết các nghiên cứu thì bệnh nhân ung thư bị thiếu máu là rất cao. Vì vậy, việc tư vấn dinh dưỡng cho các bệnh nhân ung thư ngoài quan tâm đến bổ sung các thực phẩm giàu dinh dưỡng, cao năng lượng thì cũng cần chú ý đến các nhóm thực phẩm giàu sắt và giúp kích thích tăng sinh hồng cầu, các tế bào máu khác.

Như vậy, có thể thấy PG-SGA phát hiện được tỷ lệ SDD và nguy cơ SDD cao

nhất cho các bệnh nhân ung thư và đánh giá được cả tình trạng sụt cân nhanh cho nhóm bệnh nhân này. Vì vậy, trong ứng dụng lâm sàng nên đưa PG-SGA làm công cụ sàng lọc dinh dưỡng cho các bệnh nhân ung thư.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ SDD của bệnh nhân ung thư đang ở mức khá cao với 21,8% theo phân loại BMI; 52,5% có nguy cơ SDD theo phân loại PG-SGA; 23,8% SDD theo phân loại Albumin và 48,2% theo phân loại TLC. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu cũng khá cao với 48,9% và có đến 77,5% đối tượng giảm cân trong 6 tháng qua; 41,1% giảm cân trong 1 tháng qua. Tỷ lệ SDD ở nhóm bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa cao hơn nhóm ung thư ngoài đường tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization and International Union Against Cancer (2005). *Global Action Against Cancer*. Geneva, Switzerland.
2. Siegel R.L, Miller K.D and Jemal A (2016). *Cancer statistics, 2016*. A Cancer Journal for Clinicians. 66 (1). 7 - 30.
3. Bộ Y tế (2015). *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015*.
4. Menon K.C (2014). *Optimizing nutrition support in cancer care*. Asian Pac J Cancer Prev. 15(6). 2933-2934.
5. Menon K., Razak S.A, Ismail K.A, et al (2014). *Nutrient intake and nutritional status of newly diagnosed patients with cancer from the East Coast of Peninsular Malaysia*. BMC Res Notes. 7. 680.
6. Huong Tran Thi Giang, Linh Nguyen Thuy, Nhung Nguyen Thi (2016). *Nutritional status and dietary intake in cancer patients receiving chemotherapy in Hanoi Medical University hospital 2015*. Vietnam Journal of Medicine and Pharmacy, Volume 9. N0 3, p 105-112, p 75-82, 2016.

7. Douglas C and Heimbürger (2008). *Malnutrition and nutritional assessment*”, *Harrison’s principles of internal medicine*. The M. C. Graw Hill companies. Inc, 450 – 454.
8. Rasmussen H.H, Kondrup J, Staun M et al (2004). *Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals*. Clin Nutr. 23. 1009-1015.
9. Phạm Thị Thu Hương, Trần Thị Trà Phương, Hà Thị Vân và cộng sự (2013). *Thực trạng dinh dưỡng, kiến thức và thực hành dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đại trực tràng điều trị hóa chất tại Trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu Bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm 9(4).
10. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Bá Anh, Lê Minh Hương và cộng sự (2013). *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày*. Tạp chí Y học thực hành 884(10).

Summary

NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2016

Patients with cancer face many challenges, including maintaining a good nutritional status and avoiding malnutrition. This study aims to assess the nutritional status among cancer patients at Hanoi Medical University Hospital. A cross-sectional study was conducted on 280 cancer patients between June and December 2016. The results illustrated that, according to Body mass index (BMI), the percentage of malnutrition and overweight/obesity were 21.8% and 6.1%, respectively. 52.5% of cancer patients suffered from malnutrition or suspected malnutrition, as classified by PG-SGA. The proportion of patients with loss weight in the past 6 months and the past 1 month were 77.5% and 41.1%, respectively. About 23.8% participants were malnourished as classified by Albumin and 48.2% had malnourished by TLC. That the prevalence of patients with anemia were 48.9%. Gastrointestinal cancer patients were at significantly higher risk of malnutrition (by PG-SGA) and anemia than non-gastrointestinal cancer patients ($p < 0.05$). The malnutrition status of gastrointestinal cancer patients are the highest.

Keywords: *Cancer, nutritional status, Hanoi Medical University Hospital.*

