

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỤ KHOA ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2023

Hồ Thu Thủy¹, Nguyễn Thị Hương Lan^{2,✉}, Nguyễn Thị Thanh Tâm¹

¹ Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

² Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nhận xét một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang điều tra trên 116 người bệnh ung thư phụ khoa điều trị nội trú. Bệnh nhân được đo cân nặng, chiều cao, xét nghiệm chỉ số hóa sinh máu, phỏng vấn trực tiếp bộ câu hỏi PG-SGA và điều tra khẩu phần bằng phương pháp hỏi ghi khẩu phần 24 giờ qua.

Kết quả: Theo phân loại BMI, có 4,3% bệnh nhân thiếu năng lượng trường diễn và 17,2% bệnh nhân thừa cân-béo phì. Theo phân loại PG-SGA, tỷ lệ người bệnh PG-SGA B chiếm 11,2%. Tỷ lệ nguy cơ SDD khác nhau tùy loại ung thư, tình trạng hôn nhân, học vấn và sự quan tâm hỗ trợ của gia đình và xã hội. Năng lượng khẩu phần ăn 24h không có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh và đạt nhu cầu khuyến nghị.

Kết luận: Vấn đề dinh dưỡng chủ yếu ở người bệnh phụ khoa điều trị nội trú là thiếu máu, suy dinh dưỡng PG-SGA B và thừa cân-béo phì. Một số yếu tố liên quan đối với suy dinh dưỡng PG-SGA B gồm vị trí khối u, học vấn, tình trạng hôn nhân và sự quan tâm hỗ trợ của gia đình và xã hội cần được khẳng định trong các nghiên cứu thuần tập.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, ung thư phụ khoa, bệnh viện Phụ sản Hà Nội

THE NUTRITIONAL CHARACTERISTICS AND SOME RELATED FACTORS OF GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Aims: To assess the nutritional status and some related factors of cancer patients at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 116 gynecological cancer patients. The patient was measured for weight, height, biochemical index test, directly interviewed PG-SGA questionnaire and surveyed on the diet using the 24-hour ration questionnaire method.

Results: Based on the BMI classification, the rate of chronic energy deficiency was 4.3%, while the rate of overweight-obesity was 17.2%. According to the PG-SGA method, the rate of patients at risk of malnutrition or malnutrition (PG-SGA B) was 11.2%.

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hương Lan
Email: huonglandd@hmu.edu.vn
Doi: 10.56283/1859-0381/683

Nhận bài: 5/12/2023 Chính sửa: 31/3/2024
Chấp nhận đăng: 25/4/2024
Công bố online: 30/4/2024

The rate of malnutrition varied depending on the type of cancer, marital status, education and support from family and society. The 24-hours diet energy was undifferentiated from dissimilar kind of cancers.

Conclusion: The main nutritional problems in the patients were anemia, PG-SGA B malnutrition, and overweight-obesity. Some factors associated to PG-SGA B malnutrition including cancer location, educational level, marital status, and family and social support need to be confirmed in cohort studies.

Keywords: *Nutritional status, gynecological cancer, Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư (UT) là một bệnh đang có xu hướng gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam và trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do bệnh tật [1]. Thực tế, trên 85% người bệnh ung thư bị giảm cân hoặc suy dinh dưỡng (SDD) trong suốt quá trình mắc ung thư và 50% người bệnh đã có thiếu hụt về dinh dưỡng khi mới bắt đầu chẩn đoán ung thư [2]. Nghiên cứu của Dương Thị Phụng, Lê Thị Hương và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 trên bệnh nhân UT cho thấy 52,5% bệnh nhân UT có nguy cơ SDD theo phân loại PG-SGA [3]. Theo nghiên cứu của Das tại Ấn Độ (2014) trên 60 bệnh nhân UT phụ khoa cho thấy 88,3% số trường hợp có nguy cơ SDD theo thang điểm PG-SGA [4]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng góp phần cải thiện tình trạng

dinh dưỡng, chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư, tuy nhiên các nghiên cứu tập trung nhiều vào người bệnh ung thư xạ trị, đặc biệt là ung thư vùng đầu mặt cổ [5]. Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đã có một số nghiên cứu về lâm sàng của người bệnh ung thư, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân ung thư. Can thiệp bằng tư vấn dinh dưỡng và hướng dẫn chế độ dinh dưỡng tăng năng lượng và protein có thể là biện pháp hữu hiệu góp phần cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh ung thư. Vì những lý do trên, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại Khoa Ung bướu phụ khoa,

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 6/2023 đến tháng 11/2023.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; $p = 0,525$ là tỷ lệ bệnh nhân UT có nguy cơ bị suy dinh dưỡng theo PG-SGA lấy từ nghiên cứu trước [3]; $\varepsilon = 0,2$ là sai số tương đối của nghiên cứu; $\alpha = 0,05$ là

mức ý nghĩa thống kê, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. Thay vào công thức tính được $n = 96$ sau khi thêm 10% tỷ lệ dự phòng bỏ cuộc.

Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả người bệnh đến khám và điều trị tại khoa Ung bướu phụ khoa - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đều được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu. Có 116 đối tượng đủ điều kiện đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) bằng bộ câu hỏi được thiết kế gồm 4 phần: thông tin chung về ĐTNC; một số chỉ số cơ thể; đánh giá nguy cơ dinh dưỡng bằng bộ công cụ PG-SGA và hỏi ghi khẩu phần phân 24h. Các công cụ thu thập một số chỉ số nhân trắc của ĐTNC bao gồm: cân Tanita, thước dây và thước gỗ đo chiều cao và quyển ảnh dùng cho điều tra khẩu phần của Viện Dinh dưỡng năm 2014.

Phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) PG-SGA (Patient – Generated Subjective Global Assessment): PG-SGA A (dinh dưỡng tốt): cân nặng ổn định hoặc tăng cân cách đây không lâu; không giảm khẩu phần ăn vào hoặc được cải thiện gần đây; không có bất thường về các chức năng, hoạt động trong 1 tháng qua. PG-SGA B (SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD): giảm 5% trong 1 tháng hoặc 10% trong 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 1 tháng hoặc >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 (mất lớp mỡ dưới da, teo cơ...).

Phương pháp đánh giá bằng chỉ tiêu sinh hóa: Albumin huyết thanh: bình thường khi albumin huyết thanh của người lớn từ 35–48 g/dL. Lượng albumin <35 g/dL được coi là SDD trong đó: SDD nhẹ: 28– <35 g/dL, SDD vừa: 21–27 g/dL, SDD nặng: < 21 g/dL. Hemoglobin: chẩn đoán thiếu máu khi hemoglobin <13 g/dL đối với nam và <12 g/dL đối với nữ.

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, được nhập bằng EPI-Data 3.1, xử lý bằng phần mềm thống kê STATA 12.0. Số liệu khẩu phần ăn 24h qua được qui đổi và nhập vào phần mềm tính toán khẩu phần

Access Database (sử dụng bảng thành phần các thức ăn Việt Nam). So sánh tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa các nhóm được thực hiện bằng kiểm định Fisher's exact test.

III. KẾT QUẢ

Trong tổng số 116 bệnh nhân, có tuổi trung bình là $45,7 \pm 11,2$ tuổi. Phần lớn người bệnh thuộc nhóm nội trợ, hưu trí, lao động tự do chiếm 55,2%. Về học vấn có 56,0% người bệnh có trình độ từ trung cấp trở lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 111 người bệnh sống cùng gia đình, chiếm 95,7%; và có 5 người bệnh sống một mình, chiếm 4,3%.

Theo BMI, tỷ lệ người bệnh bị suy dinh dưỡng chiếm 4,3%, TTDD bình thường chiếm 78,5% và 17,2% thừa cân-béo phì. Bảng 1 trình bày tình trạng dinh dưỡng từ phương pháp PG-SGA theo vị trí khối u, nhóm tuổi, học vấn và tình trạng hôn nhân. Không có người bệnh nào bị PG-SGA C.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng khác nhau theo vị trí ung thư, học vấn và tình trạng hôn nhân ($p < 0,05$). Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD cao nhất ở nhóm ung thư buồng trứng (12%), ung thư tử cung (8,9%), ung thư nguyên bào nuôi (6,1%), thấp nhất là ung thư vú (0%). Tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất (20,5%) ở nhóm học vấn trung học phổ thông, sống một mình hoặc sống cùng con cháu.

Nhóm người bệnh không nhận được sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội có nguy cơ SDD theo phân loại PG-SGA (33,4%) cao hơn nhóm người bệnh nhận được sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội (6%), có ý nghĩa thống kê với $p=0,027$.

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng phân loại từ PG-SGA theo vị trí ung thư, nhóm tuổi, học vấn và tình trạng hôn nhân

	Phân loại PG-SGA A (n=103)	Phân loại PG-SGA B (n=13)	p
Vị trí ung thư			0,036
Ung thư buồng trứng	22 (88,0)	3 (12,0)	
Ung thư tử cung	41 (91,1)	4 (8,9)	
Ung thư nguyên bào nuôi	17 (73,9)	6 (6,1)	
Ung thư vú	23 (100)	0 (0)	
Nhóm tuổi			0,624
<40 tuổi	23 (85,2)	4 (14,8)	
40 - 65 tuổi	71 (88,8)	9 (11,2)	
>65 tuổi	9 (100)	0 (0)	
Trình độ học vấn			0,026
Dưới trung học phổ thông	10 (83,3)	2 (1,67)	
Trung học phổ thông	31 (79,5)	8 (20,5)	
Trung cấp trở lên	62 (95,4)	3 (4,5)	
Tình trạng hôn nhân			0,013
Sống chung với chồng	15 (83,3)	3 (1,67)	
Sống chung cùng con, cháu	7 (70,0)	3 (30,0)	
Sống chung cùng chồng và con	77 (93,9)	5 (6,1)	
Sống 1 mình	4 (66,7)	2 (33,3)	

Số liệu trong bảng trình bày theo tần số (%)

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số albumin và hemoglobin

	Chỉ số hóa sinh (n=100)	Chung n (%)
Albumin (g/dL)	Bình thường ≥ 35 g/dL	113 (97,4)
	Thấp < 35 g/dL	3 (2,6)
Hemoglobin (g/dL)	Có thiếu máu (<12 g/dL)	37 (31,9)
	Không thiếu máu (≥ 12 g/dL)	49 (68,1)

Bảng 3. Phân loại năng lượng khẩu phần ăn 24h

Nhóm ung thư	Năng lượng (Kcal/ngày)
Ung thư vùng tử cung	1556,37 \pm 78,43
Ung thư nguyên bào nuôi	1529,96 \pm 71,94
Ung thư buồng trứng	1536,72 \pm 72,13
Ung thư vú	1541,91 \pm 75,82
Chung các loại ung thư	1541,24 \pm 74,58

Bảng 2 trình bày số liệu về tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số albumin và hemoglobin. Tỷ lệ suy dinh dưỡng với albumin thấp là 2,6%. Tỷ lệ thiếu máu là 31,9%.

Từ Bảng 3 cho thấy mức năng lượng khẩu phần ăn 24h của người bệnh đạt mức 1541,24 \pm 74,58 kcal. Mức năng lượng này không có sự thay đổi rõ ràng giữa các nhóm bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của người bệnh là 45,7 \pm 11,2 kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu (43,4 \pm 15,1) [6]. Trong số 116 người bệnh tham gia nghiên cứu thì số người bệnh 40–65 tuổi (68,97%) cao hơn so với số người bệnh > 65 tuổi (7,8%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh theo BMI cho tỷ lệ SDD là 4,3% và thừa cân-béo phì là 17,2%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh năm 2016 với tỷ lệ SDD là 21,8% và thừa cân-béo phì là 6,1% [7]. Khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu

của chúng tôi là người bệnh mắc ung thư phụ khoa được đánh giá tình trạng dinh dưỡng tại thời điểm mới nhập viện, chưa được điều trị can thiệp phẫu thuật hay hóa chất, còn nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh và cộng sự thực hiện trên đối tượng gồm tất cả các bệnh nhân ung thư ở nhiều giai đoạn khác nhau của quá trình điều trị. Nghiên cứu của Wu GH và cộng sự năm 2005 là 21,3% [8], nghiên cứu của Wie G.A và cộng sự năm 2010 với tỷ lệ SDD là 22,4% [9]. Nghiên cứu của Akta năm 2012 trên 3122 người bệnh cho tỷ lệ SDD là 32%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [10]. Tổng hợp từ các nghiên cứu cho

thấy tỷ lệ SDD là khác nhau và dao động tùy theo vị trí ung thư.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI dao động khác nhau tùy thuộc vào từng nghiên cứu. Tuy nhiên, BMI không phản ánh được sự thay đổi về TTDD trong thời gian ngắn, do đó, chỉ số BMI chưa đủ để đánh giá TTDD cho người bệnh, cần phối hợp với nhiều phương pháp đánh giá TTDD khác.

Phân loại theo PG-SGA, nghiên cứu của chúng tôi có 88,8% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng tốt, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD hay SDD vừa (PG-SGA B) là 11,2%, không có người bệnh có nguy cơ SDD nặng (PG-SGA C). Tỷ lệ người bệnh có tình trạng dinh dưỡng tốt cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2020 là 69% [6]. Trong đó tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa và nặng ở nghiên cứu này là 31%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [6]. Đặc biệt có 5% ở mức PG-SGA C [6], trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào thuộc phân loại này. Điều này có thể lý giải mặc dù cùng là nhóm người bệnh ung thư phụ khoa, nhưng bệnh viện Phụ sản Trung ương là bệnh viện trung ương tuyến cuối, nơi tập trung nhiều bệnh nhân nặng và người bệnh đang được điều trị hóa chất, có thể tiêu hóa, hấp thu dinh dưỡng kém, giai đoạn bệnh nặng ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

Mức năng lượng khẩu phần ăn 24h của người bệnh trong nghiên cứu đạt mức $1541,24 \pm 74,58$ kcal. Mức năng lượng này không có sự thay đổi rõ ràng giữa các nhóm bệnh. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu và cộng sự là $1234,917 \pm 461,38$ kcal/ngày [6]. Điều này cũng lý giải tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng tốt (PG-SGA A)

của người bệnh ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

Tỷ lệ người bệnh SDD theo albumin là 2,6% tỷ lệ này thấp hơn so với cách phân loại của BMI (4,3%) và thấp hơn so với PG-SGA (11,2%). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu năm 2015 trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa với tỷ lệ SDD theo albumin trước phẫu thuật chỉ là 0,3% nhưng sau phẫu thuật tỷ lệ này lên đến 61,5% [11]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương với tỷ lệ người bệnh có albumin < 35 g/dL là 31,4% cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [12], nhưng lại khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Phú và cs trên bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2018 là 22,4% [13]. Nghiên cứu tại Malaysia của Kavitha Menon (2014) cho kết quả có đến hơn một phần ba người bệnh ung thư bị nhẹ cân, thiếu dinh dưỡng tại thời điểm chẩn đoán bệnh. Trong đó, 26% có albumin huyết thanh thấp dưới 38 g/dL [14]. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nồng độ albumin huyết thanh liên quan đến TTDD, thời gian mắc bệnh, loại ung thư,... do đó có sự khác nhau về tỷ lệ thiếu albumin giữa các nghiên cứu. Albumin huyết thanh, sau khi đã loại trừ các yếu tố bệnh lý khác là giảm albumin huyết thanh như suy gan, suy thận, albumin có thể phát hiện sự thiếu hụt về dinh dưỡng cao hơn BMI do thời gian bán hủy của albumin ngắn là 20 ngày.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có đến 31,9% ĐTNC bị thiếu máu. Tỷ lệ thiếu máu theo nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương (2013) với 57,1% [12]. 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 người bệnh ung thư bị thiếu máu là rất cao. Vì vậy, chúng ta

cần chú trọng đến nhiều yếu tố khi lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh, trong đó, các nhóm thực phẩm giàu sắt và giúp kích thích tăng sinh hồng cầu nên được tăng cường trong chế độ dinh dưỡng của người bệnh ung thư.

Như vậy, có thể thấy PG-SGA phát hiện được tỷ lệ SDD và nguy cơ SDD cao nhất cho người bệnh ung thư. Nhận định này phù hợp với Pedro Lopes và cộng sự năm 2013 khi đã chọn PG-SGA là bộ công cụ có giá trị cao nhất trong việc đánh giá TTDD của người bệnh ung thư. Kết quả nghiên cứu cho thấy PG-SGA phát hiện tỷ lệ cao nhất về SDD và nguy cơ SDD cho người bệnh và các phương pháp đánh giá dinh dưỡng khác cũng tương quan tốt với PG-SGA [15]. Rodrigues và cộng sự cũng đưa ra kết luận PG-SGA không chỉ là một công cụ đánh giá nguy cơ SDD mà còn là một yếu tố dự báo chính về tỷ lệ SDD và nguy cơ tử vong [16]

Theo phân bố nhóm người bệnh theo chẩn đoán, số người bệnh có PG-SGA B cao nhất ở nhóm ung thư buồng trứng (12%), ung thư tử cung (8,9%), ung thư nguyên bào nuôi (6,1%), thấp nhất là ung thư vú (0%). Trong nghiên cứu cũng cho kết quả người bệnh ung thư vú không có nguy cơ SDD. Điều này có thể do số lượng người bệnh ung thư vú trong nghiên cứu rất ít (23/116 người) và thời gian phát hiện bệnh ngắn nên người bệnh chưa có sự thay đổi rõ rệt về tình trạng dinh dưỡng.

Hạn chế

Nghiên cứu của chúng tôi mới bước đầu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư mà chưa tìm hiểu sâu các nguyên nhân suy dinh dưỡng và giải pháp phù hợp để cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh ung thư.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm bệnh nhân ung thư ngoài đường tiêu hóa, được phát hiện sớm, khả năng can thiệp đạt kết quả cao. Do đó tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ít bị ảnh hưởng.

Khi phân tích mối liên quan giữa sự hỗ trợ gia đình và xã hội với nguy cơ dinh dưỡng, chúng tôi nhận thấy rằng: nhóm người bệnh không nhận được sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội có nguy cơ SDD theo phân loại PG-SGA (33,4%) cao hơn nhóm người bệnh nhận được sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội (6%), có ý nghĩa thống kê với $p = 0,027$. Điều này có thể do nhóm người bệnh nhận được sự hỗ trợ gia đình và xã hội được chăm sóc đầy đủ cả về mặt tinh thần và mặt vật chất, được cung cấp khẩu phần ăn đầy đủ và phù hợp. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ kết quả nghiên cứu, nhóm tác giả thấy cần cá thể hoá can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh ung thư ngay từ khi chẩn đoán bệnh bằng chế độ dinh dưỡng đủ năng lượng, protein và các chất dinh dưỡng theo phác đồ can thiệp và theo dõi trong suốt thời gian nằm viện cũng như điều trị ngoại trú.

Cần tăng cường triển khai các nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng cho từng loại ung thư tại Việt Nam nhằm đưa ra khuyến cáo dinh dưỡng phù hợp cho người bệnh ung thư.

Mặc dù mẫu nghiên cứu được tính toán theo công thức, nhưng do hạn chế về thời gian, nguồn lực, số lượng mẫu chưa đủ lớn nên chỉ có thể phản ánh được tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội nên chưa thể đại

diện cho người bệnh ung thư chung. Cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và những nghiên cứu can thiệp đánh

giá hiệu quả của giải pháp dinh dưỡng nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh ung thư.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 116 bệnh nhân ung thư phụ khoa độ tuổi trung bình 45,7 ±11,2 cho thấy có tỷ lệ thiếu máu cao (31,9%), tiếp đến là suy dinh dưỡng PG-SGA B (11,2%), có tỷ lệ thấp thiếu năng lượng trường diễn (4,3%) và albumin

huyết thanh thấp (2,6%) trong khi tỷ lệ thừa cân-béo phì cao (17,2%).

Một số yếu tố liên quan đối với suy dinh dưỡng PG-SGA B gồm vị trí khối u, học vấn, tình trạng hôn nhân và sự quan tâm hỗ trợ của gia đình và xã hội.

Tài liệu tham khảo

1. Delano MJ and Moldawer LL. The origins of cachexia in acute and chronic inflammatory diseases. *Nutr Clin Pract.* 2006; 21(1):68–81. doi: 10.1177/011542650602100168.
2. Marín Caro MM, Laviano A, and Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clin Nutr.* 26(3): 289–301. doi: 10.1016/j.clnu.2007.01.005.
3. Dương Thị Phương, Nguyễn Thị Thùy Linh, and Lê Thị Hương. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2016. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2017;1:106.
4. Das D, Patel S, Dave K, and Bhansali R. Assessment of nutritional status of gynecological cancer cases in India and comparison of subjective and objective nutrition assessment parameters. *South Asian J Cancer.* 2014; 3(1):38–42. doi: 10.4103/2278-330X.126518.
5. Surwillo S and WawrzyniakA. Nutritional assessment of selected patients with cancer. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2013;64(3):225–233.
6. Nguyễn Thị Thu Liễu. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của bệnh nhân ung thư có điều trị bằng hóa chất tại bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2019 - 2020. *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm.* 2020;6(36).
7. Nguyễn Thùy Linh. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Trường Đại học Y khoa Hà Nội, 2016.
8. Wu G, Liu Z, Zheng L, Quan Y, and Wu Z. Prevalence of malnutrition in general surgical patients: evaluation of nutritional status and prognosis. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* 2005; 43(11):693–696.
9. Wie GA, Cho YA, Kim SY, Kim SM, Bae JM, and Joung H. Prevalence and risk factors of malnutrition among cancer patients according to tumor location and stage in the National Cancer Center in Korea. *Nutrition.* 2010; 26(3):263–268. doi: 10.1016/j.nut.2009.04.013.
10. Adikari A, Sivakanesan R, Wijesinghe D, and Liyanage C. Assessment of nutritional status of pregnant women in a rural area in Sri Lanka. *Tropical Agricultural Research.* 2016;27(2), Accessed: Oct. 07, 2023. [Online]. Available: <https://maternalnutritionsouthasia.com/wp-content/uploads/assessment-of-nutritional-status-of-pregnant-women-in-a-rural-area-in-sri-lanka.pdf>
11. Nguyen Thuy Linh. The nutritional status of pre-operative patient's gastrointestinal and the relation with post operative complications of patients in Hanoi Medical University hospital 2015. *Vietnam J Med Pharm.*:105–112.
12. Phạm Thị Thu Hương. Thực trạng dinh dưỡng, kiến thức và thực hành dinh dưỡng bệnh nhân ung thư đại, trực tràng điều trị hóa chất. *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm.* 2013;4:34–40.
13. Nguyễn Đình Phú and Nguyễn Thị Nhiên. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Trung ương Quân đội năm 2018. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2019;4:36–43.

14. Menon K, Razak SA, Ismail KA, and Krishna BVM. Nutrient intake and nutritional status of newly diagnosed patients with cancer from the East Coast of Peninsular Malaysia. *BMC Res Notes*. 2014;7:680. doi: 10.1186/1756-0500-7-680.
15. Lopes JP, de Castro Cardoso Pereira PM, dos Reis Baltazar Vicente AF, Bernardo A, and de Mesquita MF. Nutritional status assessment in colorectal cancer patients. *Nutr Hosp*. 2013;28(2):412–418. doi: 10.3305/nh.2013.28.2.6173.
16. Rodrigues CS, Lacerda MS, and Chaves GV. Patient Generated Subjective Global Assessment as a prognosis tool in women with gynecologic cancer. *Nutrition*. 2015;31(11–12):1372–1378. doi: 10.1016/j.nut.2015.06.001.