

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.

*Nguyễn Thị Thu Liễu¹, Nguyễn Thị Vân Anh²,
Lê Thị Hương¹, Đỗ Nam Khánh¹*

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả 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. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang điều tra trên 100 người bệnh ung thư phụ khoa có điều trị bằng hóa chất. Bệnh nhân được cân 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 bộ công cụ PG-SGA, tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng (PG-SGA B và PG-SGA C) là 31%. Phần lớn, đối tượng nghiên cứu không đạt nhu cầu khuyến nghị về các chất sinh năng lượng, các loại vitamin cũng như một số chất khoáng. Cụ thể: 78% người bệnh không đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng. Tỷ lệ bệnh nhân có khẩu phần không đạt nhu cầu khuyến nghị về sắt, canxi, phospho, vitamin C, A, B1, B2, PP, B12 lần lượt là: 93%, 95%, 48%, 45%, 77%, 55%, 89%, 63%, 86%. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân phụ khoa có nguy cơ suy dinh dưỡng vừa và nặng là 31%. Khẩu phần ăn thực tế của bệnh nhân ung thư phụ khoa hầu hết không đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và các chất dinh dưỡng.

Từ khóa: *Tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần ăn, ung thư phụ khoa có điều trị bằng hóa chất.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân ung thư (UT) dao động từ 30-85% tùy từng loại UT và giai đoạn bệnh. Nghiên cứu của Dương Thị Phương, Lê Thị Hương và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 trên bệnh nhân UT cho thấy 51,7% bệnh nhân UT có nguy cơ SDD theo phân loại PG-SGA [1]. Theo nghiên cứu của Ushashree 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 [2]. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng SDD,

một trong số đó là bản thân bệnh lý UT, các bệnh lý cấp mạn tính liên quan, tác động của các phương pháp điều trị: phẫu thuật, xạ trị, hóa chất,..., những sang chấn tâm lý và chế độ ăn nghèo nàn càng thúc đẩy tình trạng SDD tiến triển. SDD (phân loại PG-SGA B và C), chất lượng cuộc sống thấp là những yếu tố chính quyết định thời gian nằm viện kéo dài ở những bệnh nhân UT phụ khoa [3]. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư phụ khoa tại Việt Nam vẫn còn rất hạn chế. Chính vì vậy, để góp phần cung cấp thêm thông tin về tình

¹Bộ môn Dinh dưỡng & ATTP – Trường ĐHY Hà Nội

²Khoa Dinh dưỡng – Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Ngày gửi bài: 1/9/2020

Ngày phản biện đánh giá: 1/10/2020

Ngày đăng bài: 20/11/2020

trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của bệnh nhân UT phụ khoa, đề xuất các biện pháp can thiệp dinh dưỡng kịp thời giúp cải thiện hiệu quả điều trị và hạn chế biến chứng ở những bệnh nhân này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “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.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên bệnh nhân ung thư đang điều trị hóa chất tại Khoa Phụ ung thư, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Phụ ung thư, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 6/2019 đến tháng 5/2020.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.1. Cỡ mẫu

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

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

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

p: tỷ lệ bệnh nhân UT có nguy cơ bị suy dinh dưỡng theo PG-SGA, lấy từ nghiên cứu trước là $p = 0,517$. [4]

ε : là sai số tương đối của nghiên cứu, lấy $\varepsilon = 0,2$.

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 $n = 90$.

Để đảm bảo cỡ mẫu cho phân tích nên đã cộng thêm khoảng 10% bệnh nhân bỏ cuộc. Do vậy, cỡ mẫu là 100 bệnh nhân.

2.3.2. Cách chọn mẫu.

Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tất cả bệnh nhân ung thư phụ khoa đang điều trị hóa chất tại khoa Phụ ung thư, Bệnh viện Phụ sản Trung ương đều được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu và đánh giá

Phỏng vấn trực tiếp 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 phần 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 dinh dưỡng 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/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. Hemoglobin: chẩn đoán thiếu máu khi hemoglobin <130 g/l đối với nam và <120 g/l đối với nữ.

2.5. Phân tích và xử lý 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).

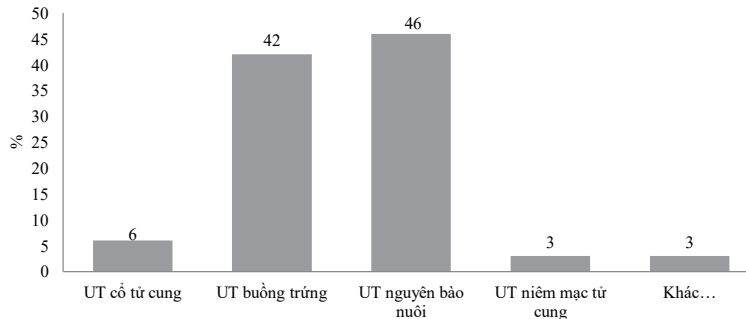
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 - 39	46	46
	40 - 60	39	39
	>60	15	15
TB ± SD= 43,4 ± 15,1			
Trình độ học vấn	Tiểu học	13	13
	THCS	42	42
	THPT	30	30
	ĐH/sau ĐH/CĐ	12	12
	Không đi học	3	3
Nghề nghiệp	Trí thức	11	11
	Nông dân	36	36
	Nghỉ hưu	10	10
	Tự do	26	26
	Công nhân	17	17
Nơi ở	Nông thôn	69	69
	TP/thị trấn/thị xã	31	31

Kết quả bảng 1 cho biết tổng số 100 bệnh nhân, có độ tuổi trung bình 43,4 tuổi, nhiều nhất là nhóm tuổi 18-39 là 46,0% và nhóm tuổi 40-59 với 39%, nhóm tuổi ≥ 60 chỉ chiếm 15%. Phần lớn đối tượng có trình độ học vấn THCS là 42%, tiếp đến là THPT với tỷ lệ 30%, tiểu học 13%, đại học/sau đại học/cao

đẳng 12% và không đi học với tỷ lệ 3%. Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu là nông dân (chiếm 36%), sau đó là nghề tự do (26%), đối tượng làm nghề trí thức và nghỉ hưu chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 11% và 10%. Số bệnh nhân ở nông thôn chiếm số đông với 69%, còn lại đến từ thành phố, thị trấn, thị xã với 31%.



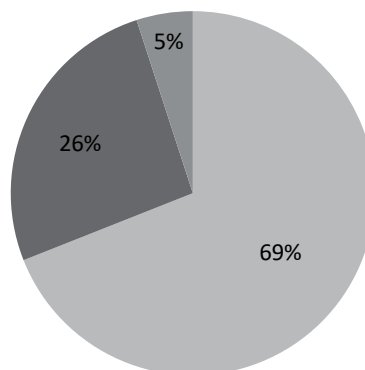
Hình 1. Phân bố bệnh nhân theo loại ung thư

Hình 1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc UT nguyên bào nuôi (46%) chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là ung thư buồng trứng với tỷ lệ 42%, ung thư niêm mạc

tử cung và các loại bệnh ung thư khác chiếm tỷ lệ thấp nhất đều là 3%, trong đó các bệnh ung thư khác bao gồm ung thư nội mạc tử cung và ung thư âm hộ.

Phân loại tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo PG-SGA

■ PG -SGA A ■ PG -SGA B ■ PG -SGA C



Hình 2. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA

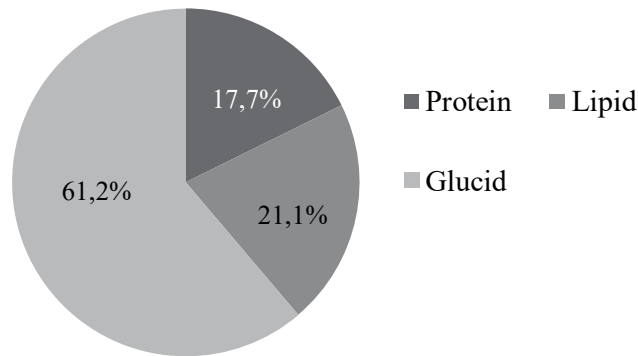
Theo phân loại nguy cơ suy dinh dưỡng PG-SGA kết quả nghiên cứu cho thấy có 69% đối tượng nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng tốt (PG-SGA A) và 31% có nguy cơ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng vừa và nặng (PG-SGA B và C).

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

	Chỉ số hóa sinh (n=100)	Chung n(%)
	Albumin (g/l)	Bình thường (35-50g/l)
Suy dinh dưỡng nhẹ (28-35g/l)		9 (9)
Hemoglobin (g/l)	Có thiếu máu (<120g/l)	32 (32)
	Không thiếu máu (\geq 120g/l)	68 (68)

Về đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số Albumin, kết quả cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ là 9%. Về đánh

giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số Hemoglobin, tỷ lệ thiếu máu là 32%.

**Hình 3. Tỷ lệ các chất sinh năng lượng**

Kết quả cho thấy cơ cấu các chất sinh năng lượng P:L:G trung bình là 17:21:62, trong đó % tổng năng lượng

đến từ Protein là 17,7%, 21,1% tổng năng lượng đến từ Lipid và 61,2% tổng năng lượng đến từ Glucid

Bảng 3. Cơ cấu khẩu phần ăn 24h và mức đáp ứng nhu cầu khuyến nghị của bệnh nhân

Cơ cấu khẩu phần/ngày	TB \pm SD	Không đạt NCKN		Đạt NCKN	
		n	%	n	%
Năng lượng (kcal)	1234,917 \pm 461,38	78	78	22	22
Protein (g)	53,76 \pm 21,93	63	63	37	37
Protein động vật/tổng số (%)	54,70 \pm 16,91	78	78	22	22
Lipid (g)	28,54 \pm 14,61	76	76	24	24
Lipid thực vật/tổng số (%)	46,65 \pm 21,10	63	63	37	37
Glucid (g)	190,29 \pm 79,10	73	73	27	27
Chất xơ (g)	8 \pm 6,95	90	90	10	10

Kết quả cho thấy tổng năng lượng trung bình từ khẩu phần 24h của bệnh nhân là $1234,917 \pm 461,38$ kcal/ngày, có 78% không đạt NCKN, 22% đạt NCKN. Hàm lượng Protein trung bình là $53,76 \pm 21,93$ g/ngày, chỉ có 37% đạt NCKN, trong đó Protein động vật chiếm $54,70 \pm 16,91\%$ và 78% không đạt NCKN về tỷ lệ Protein động vật. Tương tự với hàm lượng

Lipid trung bình là $28,54 \pm 14,61$ g/ngày, có đến 76% không đạt NCKN. Lipid thực vật chiếm $46,65 \pm 21,10\%$ trên tổng số Lipid và chỉ có 37% đạt NCKN về tỷ lệ lipid thực vật. Hàm lượng Glucid trung bình trong khẩu phần là $190,29 \pm 79,10$ g/ngày, chỉ có 27% đạt NCKN, chất xơ trung bình là $8 \pm 6,95$ g/ngày và có tới 90% không đạt NCKN về chất xơ.

Bảng 4. Giá trị một vài loại vitamin và khoáng chất từ khẩu phần

Vitamin và khoáng chất	TB \pm SD	Không đạt NCKN		Đạt NCKN		Nhu cầu KN theo VDD 2016
		n	%	n	%	
Vitamin C (mg)	149,80 \pm 123,57	45	45	55	55	100
Vitamin A(mg)	556,67 \pm 384,98	77	77	23	23	650-700
Vitamin B1 (mg)	1,16 \pm 0,52	55	55	45	45	1,1
Vitamin B2(mg)	0,70 \pm 0,37	89	89	11	11	1,2
Vitamin PP(mg)	12,31 \pm 7,55	63	63	37	37	14
Vitamin B12 (μ g)	4,34 \pm 2,46	86	86	14	14	2,4
Canxi (mg)	371,18 \pm 243,29	95	95	5	5	800-1000
Fe(mg) Sắt (mg)	9,93 \pm 7,1	93	93	7	7	17,4-26,1
Photpho (mg)	724,27 \pm 291,75	48	48	52	52	700
Tỷ lệ Ca/P	0,61 \pm 0,28	89	89	11	11	0,8-1,5

Kết quả cho thấy trong số các bệnh nhân đạt NCKN, cao nhất ở nhóm Vitamin C với 55%, thấp nhất ở nhóm Canxi và Fe với tỷ lệ lần lượt là 5%; 7%. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân không đạt NCKN vẫn còn khá cao ở các

nhóm vitamin A, B2, PP, B12 với tỷ lệ lần lượt là 77%; 89%; 63%; 86% và các nhóm khoáng chất Canxi, Fe, tỷ lệ Ca/P với tỷ lệ lần lượt là 95%; 93%; 89%.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 69% bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng tốt (PG-SGA A) và 31% có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa và nặng (PG-SGA B và C), trong đó tỷ lệ bệnh nhân SDD nặng theo PG-SGA chiếm 5%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Phượng, Lê Thị Hương và cộng sự tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 trên bệnh nhân UT với 51,7% bệnh nhân UT có nguy cơ SDD theo phân loại PG – SGA [1]. Kết quả này cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh (2015) trên bệnh nhân UT đường tiêu hóa có điều trị hóa chất tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ - bệnh viện Đại học Y Hà Nội với tỷ lệ bệnh nhân suy có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa và nặng (PG-SGA B và C) là 58,5% và tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ SDD nặng là 11,3% [5]. Sự khác biệt này có thể được lý giải do nghiên cứu chúng tôi được thực hiện trên các bệnh nhân UT phụ khoa – là loại UT xuất phát từ bộ phận sinh dục nữ, không liên quan đến bộ máy tiêu hóa nên không có nhiều ảnh hưởng tới quá trình ăn uống, cân nặng của bệnh nhân so với đối tượng bệnh nhân UT đường tiêu hóa có điều trị hóa chất trong nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh. Do đó, tỷ lệ có nguy cơ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi có sự thấp hơn. So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới, kết quả cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ SDD ở bệnh nhân UT phụ khoa theo PG- SGA giữa các nước và khu vực. Kết quả nghiên cứu của Hanafy Mellis tại Ấn Độ (2018) trên 100 phụ nữ được chuẩn đoán mắc bệnh UT phụ khoa cho thấy theo PG-SGA, 47% bệnh nhân SDD (SDD vừa

40% và SDD nặng 7%) [6]. Một nghiên cứu khác cũng tại Ấn Độ, nghiên cứu của Ushashree Das (2014) trên 60 bệnh nhân UT phụ khoa cho thấy 88,3% số trường hợp có nguy cơ SDD hoặc SDD ở mức độ nào đó theo thang điểm PG-SGA, trong đó 48,3% có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa (PG-SGA B), 40% phân loại SDD nặng (PG-SGA C) [2]. Nghiên cứu của Chantragawee, Achariyapota (2016) về sử dụng đánh giá toàn cầu chủ quan PG-SGA trên 97 bệnh nhân UT phụ khoa cho thấy tỷ lệ SDD (PG-SGA B, PG-SGA C) là 53,6%, phần lớn ở bệnh nhân UT buồng trứng (79,3%) [7]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Brend Laky tại Úc (2007) trên 145 bệnh nhân UT phụ khoa cho thấy 80% bệnh nhân được phân loại là PG-SGA loại A, chỉ 20% bệnh nhân là PG-SGA B và không có bệnh nhân nào là PG-SGA C [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ SDD theo albumin là 9%. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với đánh giá bằng bộ công cụ PG-SGA với tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ SDD là 31%. Kết quả này cho thấy nếu chỉ dùng đơn thuần chỉ số Albumin để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho các bệnh nhân UT thì đã bỏ sót khá nhiều bệnh nhân có nguy cơ SDD. Bởi albumin có thời gian bán hủy dài, mức albumin trong huyết thanh cũng bị ảnh hưởng bởi các yếu tố phi dinh dưỡng, như trạng thái hydrat hóa và các quá trình bệnh khác, có thể che khuất ảnh hưởng của sự thiếu hụt chất dinh dưỡng thực tế [9]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân UT phụ khoa là 32%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Brenda Laky tại Úc (2006) trên phụ nữ UT phụ khoa với tỷ lệ thiếu máu là 23,5% [10,

11]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này lại thấp hơn nghiên cứu của Ushashree Das và cộng sự trên 60 bệnh nhân UT tại Ấn Độ (2014) có 68,3% bệnh nhân bị thiếu máu [2]. Tỷ lệ này cao hơn ở Ấn Độ có thể do tỷ lệ SDD của nghiên cứu cao hơn hẳn (88,3%) và do sự khác biệt trong khu vực, chủng tộc hoặc môi trường sống. So sánh với một số nghiên cứu trong nước, kết quả nghiên cứu này khá tương tự với nghiên cứu của Cao Thị Huyền Trang (29,5%) trên bệnh nhân UT dạ dày trước phẫu thuật tại bệnh viện K năm 2018 [12]. Tuy nhiên kết quả cũng thấp hơn nghiên cứu của Dương Thị Phương trên bệnh nhân UT chung với tỷ lệ thiếu máu 59,2%, nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh (52%) trên bệnh nhân UT đường tiêu hóa có điều trị hóa chất [1, 5]. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về đối tượng nghiên cứu và phương pháp điều trị. Theo nhu cầu khuyến nghị của ESPEN năm 2016 về dinh dưỡng cho bệnh nhân UT, nghiên cứu này sử dụng 30 kcal/kg/ngày chung cho tất cả các bệnh nhân và tính nhu cầu năng lượng khuyến nghị dựa trên cân nặng lý tưởng của từng đối tượng. Với NCKN về protein, sử dụng mức 1,2g/kg cân nặng lý tưởng/ngày, NCKN về lipid chiếm tỷ lệ 25% trong tổng số các chất sinh năng lượng, và NCKN về glucid sẽ được tính toán cuối cùng dựa trên nhu cầu năng lượng khuyến nghị, protein khuyến nghị và lipid khuyến nghị.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tổng năng lượng trung bình từ khẩu phần 24h của bệnh nhân là $1234,917 \pm 461,38$ kcal/ngày, 22% đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh với năng lượng trung bình của khẩu phần ăn

của bệnh nhân UT tiêu hoá điều trị hóa chất là $1323,9 \pm 358,4$ kcal/ngày, 21,2% đạt 100% nhu cầu khuyến nghị về năng lượng [5]. Nghiên cứu của Đào Thị Thu Hoài tại trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai cũng cho kết quả tương tự với khẩu phần ăn của bệnh nhân UT có mức năng lượng trung bình là $1327,8 \pm 494,6$ kcal/ngày và chỉ có 17,5% bệnh nhân UT đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng [9]. Kết quả thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung tại khoa ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ bệnh viện Đại học Y Hà Nội (năm 2015) với năng lượng trung bình là $1437,21 \pm 728,47$ kcal/ngày [13], có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu này bao gồm tất cả các loại UT. So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới, kết quả nghiên cứu thấp hơn năng lượng khẩu phần trung bình nghiên cứu của Surwillo tại Ba Lan trên 100 bệnh nhân UT phổi, vú, xương và mô mềm là 1608 ± 436 kcal/ngày, được giải thích bởi BMI trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của Surwillo là $26,0 \pm 4,9$ kg/m² cao hơn so với BMI trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này [14]. Nghiên cứu của Surwillo có tới 78% đối tượng có lượng protein nạp vào không đủ, 88% cho thấy sự thiếu việc tiêu thụ carbohydrate, 89% đối với chất xơ, tương tự với nghiên cứu này với tỷ lệ phần trăm bệnh nhân không đạt NCKN về protein, lipid, glucid lần lượt là 63%, 76%, 73% [14]. Kết quả về tỷ lệ phần trăm các chất sinh năng lượng P:L:G trong nghiên cứu này là 17,7: 21,1: 61,2, tương tự với nghiên cứu của Kavitha Menon trên bệnh nhân UT từ bờ đông bán đảo Malaysia với tỷ lệ phần trăm P:L:G là 16,1:24,1:59,8,

nhưng khác với nghiên cứu của Surwillo là 16,5: 35,1: 52,1, đặc biệt là tỷ lệ phần trăm của lipid cao do bệnh nhân ở xứ lạnh có khẩu phần ăn nhiều dầu, bơ, mỡ hơn. Nhìn chung, còn nhiều thiếu sót trong khẩu phần ăn của bệnh nhân UT phụ khoa. Do đó, cần phải truyền thông, tư vấn những người mắc bệnh UT nói chung và UT phụ khoa nói riêng áp dụng chế độ ăn uống đầy đủ và cân bằng, như là phương tiện hỗ trợ quan trọng để điều trị có hiệu quả hơn.

Theo ESPEN năm 2016 khuyến nghị về các vitamin và chất khoáng cho bệnh nhân UT tương đương nhu cầu khuyến nghị cho người bình thường, trong khuyến cáo cũng nhấn mạnh rằng không khuyến khích dùng liều cao các vitamin và chất khoáng nếu bệnh nhân không thiếu đặc biệt. Trong trường hợp giảm lượng thức ăn hoặc lựa chọn thực phẩm không phù hợp, có thể khuyến nghị sử dụng bổ sung đa vitamin liều dùng theo liều khuyến nghị. Tuy nhiên, để tăng cường chữa lành vết thương sau phẫu thuật, dường như bệnh nhân UT cần lượng vi chất dinh dưỡng cao hơn so với người khỏe mạnh (nutrition in oncology). Nghiên cứu đã lấy khuyến nghị của Viện dinh dưỡng năm 2016 cho người Việt Nam để so sánh và đánh giá.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân không đạt NCKN về sắt và canxi là cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 93% và 95%, tương tự tỷ lệ bệnh nhân không đạt NCKN khá cao ở các nhóm vitamin A, B2, PP, B12 với tỷ lệ lần lượt là 77%; 89%; 63%; 86%. Khi so sánh với kết quả Surwillo thấy sự tương đồng về tỷ lệ không đạt các vitamin và chất khoáng cụ thể tỷ lệ thiếu sắt, canxi, vitamin A, B1, B2, PP, C là 81%, 99%,

55%, 63%, 44%, 61%, 85% [14]. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Kavitha Menon với tỷ lệ không đạt các vitamin và khoáng chất bao gồm canxi, sắt, vitamin C, B1, B3 lần lượt là 95%, 66%, 75%, 70%, 64% [15]. Kết quả của Phan Thị Bích Hạnh trên bệnh nhân UT đường tiêu hóa có điều trị hóa chất cũng chỉ ra các thiếu hụt về các chất sinh năng lượng, vitamin và chất khoáng [5].

Các quá trình sinh lý bệnh liên quan đến UT cùng với việc giảm lượng thức ăn giàu vi chất dinh dưỡng có thể gây ra tình trạng vi chất dinh dưỡng kém ở bệnh nhân UT. Bằng chứng cho thấy rằng những bệnh nhân bị UT nói chung có tình trạng vi chất dinh dưỡng thấp hơn về vitamin A, B, C, D, E, selen và kẽm, đây là các chất chống oxy hóa so với người khỏe mạnh [11]. Chất chống oxy hóa có khả năng đóng một vai trò quan trọng trong việc tăng cường tính nhạy cảm của các tế bào UT, giảm các tổn thương oxy hóa do các tế bào UT gây ra đối với sự gây độc tế bào của thuốc hóa trị liệu và các liệu pháp điều trị UT khác [16]. Sự thiếu hụt vi chất dinh dưỡng có thể làm tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật, trầm cảm và làm giảm khả năng miễn dịch ảnh hưởng đến kết quả lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân UT.

IV. KẾT LUẬN

1. Nghiên cứu trên 100 bệnh nhân UT phụ khoa độ tuổi trung bình $43,4 \pm 15,1$ cho thấy tình trạng SDD hoặc nguy cơ SDD ở các bệnh nhân này đang chiếm tỷ lệ khá cao. Theo PG-SGA: 31% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng vừa và nặng (PG-SGA B và C).

2. Khẩu phần ăn của bệnh nhân UT phần lớn không đạt so với NCKH cả về các chất sinh năng lượng và các vitamin cũng như một số chất khoáng. Cụ thể: 78% không đạt NCKN về năng lượng. Tỷ lệ bệnh nhân có khẩu phần không đạt NCKN với sắt, canxi, phospho, vitamin C, A, B1, B2, PP, B12 lần lượt là: 93%, 95%, 48%, 45%, 77%, 55%, 89%, 63%, 86%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dương Thị Phương, Nguyễn Thị Thùy Linh, Lê Thị Hương (2016). *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, 106 (1)-2017. .
- Das U., Patel S., Dave K. và cộng sự. (2014). *Assessment of nutritional status of gynecological cancer cases in India and comparison of subjective and objective nutrition assessment parameters*. South Asian J Cancer, 3(1), 38–42.
- Laky B., Janda M., Kondalsamy-Chennakesavan S. và cộng sự. (2010). *Pretreatment malnutrition and quality of life - association with prolonged length of hospital stay among patients with gynecological cancer: a cohort study*. BMC Cancer, 10, 232.
- Nguyen Thuy Hang (2015). *The nutritional status of pre-gastrointestinal operative patient and the relation with post-operative complications*. Bachelor of Sience Nursing, Hanoi Medical University, Ha Noi.
- Phan Thị Bích Hạnh (2017). *Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có điều trị hóa chất tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016-2017*. Luận văn thạc sỹ trường Đại học Y Hà Nội.
- Mellis M., Rizk M., Hassan N. và cộng sự. (2018). *Prealbumin as a New Marker for Assessment of the Nutritional Status in Patients with Gynecological Malignancies*. Indian J Gynecol Oncol, 16.
- Chantragawee C. và Achariyapota V. (2016). *Utilization of a Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment in Detecting a Malnourished Status in Gynecologic Cancer Patients*. Asian Pac J Cancer Prev APJCP, 17(9), 4401–4404.
- Laky B., Janda M., Bauer J. và cộng sự. (2007). *Malnutrition among gynaecological cancer patients*. Eur J Clin Nutr, 61(5), 642–646.
- Đào Thị Thu Hoài (2015). *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 2015*. Luận văn thạc sỹ dinh dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Laky B., Janda M., Bauer J. và cộng sự. (2007). *Malnutrition among gynaecological cancer patients*. Eur J Clin Nutr, 61(5), 642–646.
- Correia M.I.T.D. và Waitzberg D.L. (2003). *The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis*. Clin Nutr Edinb Scotl, 22(3), 235–239.

12. Cao Thị Huyền Trang. (2018). *Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày tại bệnh viện K năm 2017-2018*. Luận văn Thạc sỹ dinh dưỡng. Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
13. Nguyen Thi Nhung. *Nutritional status and dietary intake of cancer patients receiving chemotherapy in HaNoi Medical university hospital*. Bachelor of Sience Nursing, Hanoi Medical University, Ha Noi.
14. Surwillo A. và Wawrzyniak A. (2013). *Nutritional assessment of selected patients with cancer*. Roczn Państw Zakładu Hig, 64(3).
15. Bauer J, Capra S and Ferguson M. (2002). *Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer*. Eur J Clin Nutr, 56(8), 779–785.
16. Micronutrients and Cancer Therapy | Nutrition Reviews | Oxford Academic. <<https://academic.oup.com/nutrition-reviews/article/62/4/142/1912231>>, accessed: 19/05/2020.

Summary

NUTRITIONAL STATUS AND DIET OF CANCER PATIENTS WITH CHEMOTHERAPY IN CENTRAL OBSTETRICS HOSPITAL IN 2019-2020

The study aimed to assess the nutritional status and describe the actual diet of cancer patients with chemotherapy in Central Obstetrics Hospital in 2019-2020. Method: using cross-sectional descriptive study design to investigate 100 gynecological cancer patients with chemotherapy. The patients were measured for weight, height, biochemical index test, directly interviewed with PG-SGA questionnaire and surveyed on the diet using the 24-hour recall method. Results: According to the PG-SGA toolkit, the proportion of patients at risk of malnutrition (PG-SGA B and PG-SGA C) was 31%. Most of the study subjects did not meet the recommended requirements for energy-generating substances, vitamins as well as some minerals, specifically 78% of patients did not meet the demand for energy. The proportion of patients whose diets did not meet the recommended requirements for iron, calcium, phosphorus, vitamin C, A, B1, B2, PP, B12 was 93%, 95%, 48%, 45%, 77%, 55%, 89%, 63%, 86%, respectively. Conclusion: The proportion of gynecological patients at risk of moderate and severe malnutrition was 31%. The actual diet of patients with gynecological cancer mostly did not meet the recommended requirements for energy and nutrients.

Keywords: *Nutritional status, diet, gynecological cancer with chemical treatment.*