

Nghiên cứu gốc

KHẨU PHẦN ĂN 24 GIỜ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÙNG ĐẦU CỔ ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2024

Phan Diệu Ngọc^{1,✉}, Đỗ Thu Hà¹, Hồ Thị Hoa²

¹ Trường đại học Y khoa Vinh

² Viện nghiên cứu và phát triển dinh dưỡng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khẩu phần ăn 24 giờ của người bệnh ung thư vùng đầu cổ đang điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2024 nhằm xác định mức độ cân đối và đáp ứng nhu cầu năng lượng, dưỡng chất thiết yếu.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 116 người bệnh ung thư vùng đầu cổ đang điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. Dữ liệu khẩu phần ăn được thu thập thông qua phương pháp hỏi lại 24 giờ bằng phỏng vấn trực tiếp. Thành phần dinh dưỡng được phân tích bằng phần mềm Eiyokun Việt Nam và đối chiếu với nhu cầu khuyến nghị theo tuổi và giới của Viện Dinh dưỡng quốc gia.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng trung bình là 64,7%. Tỷ lệ người bệnh không đạt nhu cầu khuyến nghị về protid, lipid, glucid lần lượt là 49,1%; 23,3%; 73,3%. Nhóm vitamin không đạt nhu cầu khuyến nghị ở người bệnh nam chủ yếu là vitamin PP (94,7%) và vitamin B₁ (85,1%); ở người bệnh nữ chủ yếu là vitamin B₁ (95,5%), vitamin B₂ (86,4%) và vitamin PP (86,4%). Tỷ lệ không đạt nhu cầu khuyến nghị các chất khoáng Ca, Fe, Zn, Mg lần lượt là 82,8%; 91,4%; 46,6% và 92,2%.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh không đạt nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị rất cao, đặc biệt với năng lượng, protid, vitamin B₁, PP và các khoáng chất như sắt, canxi, magiê. Do đó, việc cá thể hóa dinh dưỡng cho người bệnh cần được ưu tiên trong chăm sóc, điều trị cho người bệnh ung thư vùng đầu cổ.

Từ khóa: suy dinh dưỡng, khẩu phần ăn 24h, ung thư đầu cổ, bệnh nhân nội trú.

24-HOUR DIETARY INTAKE OF HEAD AND NECK CANCER PATIENTS UNDERGOING TREATMENT AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Aims: To evaluate the 24-hour dietary intake of head and neck cancer patients receiving treatment at Nghe An Oncology Hospital in 2024, aiming to determine the balance and adequacy of their energy and essential nutrient intake.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 116 patients with head and neck cancer undergoing treatment at Nghe An Oncology Hospital. Dietary data were collected using a 24-hour dietary recall method through direct interviews. Nutrient composition was analyzed using NutriSurvey software and compared with recommended dietary requirements based on age and gender, according to guidelines from the National Institute of Nutrition.

✉ Tác giả liên hệ: Phan Diệu Ngọc
Email: phanngoc.vmu@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/933

Nhận bài: 11/7/2025 Chỉnh sửa: 18/7/2025
Chấp nhận đăng: 18/8/2025
Công bố online: 19/8/2025

Results: The proportion of patients meeting the recommended energy intake was 64.7%. The percentages of patients failing to meet the recommended intake for protein, fat, and carbohydrates were 49.1%, 23.3%, and 73.3%, respectively. Among male patients, the most prevalent vitamin deficiencies were vitamin PP (94.7%) and vitamin B1 (85.1%). Among female patients, deficiencies were primarily observed in vitamin B1 (95.5%), vitamin B2 (86.4%), and vitamin PP (86.4%). Furthermore, the proportions of patients not meeting the recommended intake of minerals such as calcium, iron, zinc, and magnesium were 82.8%, 91.4%, 46.6%, and 92.2%, respectively.

Conclusion: A considerable proportion of patients did not meet their recommended energy and nutrient intake. It is imperative for the hospital to implement individualized nutrition plans to provide patients with an adequate and balanced diet. The rates of patients failing to meet recommended dietary intake were alarmingly high, particularly for energy, protein, vitamins B1, PP, and minerals such as iron, calcium, and and magnesium. Therefore, personalized nutritional care should be prioritized in the clinical management of patients with head and neck cancer.

Keywords: malnutrition, 24-hour dietary intake, head and neck cancer, inpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ung thư đang có xu hướng gia tăng ở nước ta cũng như nhiều nước trên thế giới và đã trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do bệnh tật [1]. Ung thư vùng đầu cổ bao gồm ung thư bắt đầu ở một số vị trí trên đầu và cổ họng, không bao gồm ung thư não hoặc ung thư mắt [2]. Năm 2020, ung thư vùng đầu cổ chiếm gần 1,5 triệu ca mắc và 443 nghìn ca tử vong [3] toàn cầu. Tại Hoa Kỳ chiếm 6,5% ca mắc mới và 2,75% ca tử vong do ung thư. Ở Việt Nam có 23.042 ca mắc và 11.646 ca tử vong [3]. Nghiên cứu trên người bệnh ung thư điều trị hoá chất năm 2018 tại bệnh viện Quân y 103 cho thấy tỷ lệ người bệnh có khẩu phần ăn 24 giờ không đạt nhu cầu khuyến nghị chiếm 59,3% [4]. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư, đặc biệt là ung thư

vùng đầu cổ, bị ảnh hưởng nghiêm trọng do nhiều nguyên nhân như tác dụng phụ của hóa trị, xạ trị, điều trị hỗ trợ và đặc biệt là sự suy giảm chức năng ăn uống do khối u gây ra. Khẩu phần ăn không đầy đủ là một yếu tố quan trọng góp phần làm trầm trọng thêm tình trạng suy dinh dưỡng ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và chất lượng sống của người bệnh. Tuy nhiên, tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu đánh giá khẩu phần ăn theo hướng định lượng một cách cụ thể và hệ thống trên đối tượng người bệnh ung thư vùng đầu mặt cổ. Do đó, việc đánh giá khẩu phần ăn cổ là cần thiết nhằm xác định mức độ đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng, từ đó đề xuất các giải pháp hỗ trợ dinh dưỡng phù hợp và cá thể hóa trong chăm sóc lâm sàng.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành từ tháng 1-6/2024 tại Khoa Nội I bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. Nghiên cứu tuân thủ theo tuyên bố Helsinki về đạo

đức trong nghiên cứu y sinh học và được thông qua bởi hội đồng trường Đại học Y khoa Vinh số 1615/QĐ-ĐHYKV-QLKH.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh ung thư vùng đầu cổ và đủ 18 tuổi trở lên đang điều trị tại Khoa Nội I bệnh viện Ung Bướu Nghệ An trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2024. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán xác định mắc ung thư vùng đầu cổ; có khả năng ăn uống qua đường tiêu hóa

và đủ sức khỏe để hợp tác phỏng vấn; đang điều trị tại Khoa Nội I bệnh viện Ung Bướu Nghệ An; đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có các rối loạn tâm thần; không tỉnh táo, bệnh nhân nặng phải nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không có khả năng nghe hiểu và trả lời câu hỏi.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \cdot (1-p)}{p \cdot \epsilon^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu. Với độ tin cậy 95%, ta có $Z_{(1-\alpha/2)}^2 = 1,96$; p: tỷ lệ người bệnh đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng là 33,1% theo nghiên cứu: tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của người bệnh ung thư tại khoa Ung bướu - Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2021 - 2022 của các tác giả Trần Thị Lan Phương [5]; $\epsilon = 0,2$: độ chính xác mong

muốn, thường chọn từ 0,2 - 0,4. Cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu là 98 người bệnh. Trên thực tế có 116 người bệnh tham gia vào nghiên cứu. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: tất cả người bệnh đủ 18 tuổi trở lên đang điều trị tại khoa Nội I bệnh viện Ung Bướu Nghệ An trong thời gian từ tháng 1 - 6/2024, đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu được mời tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

Đánh giá khẩu phần ăn 24 giờ: thu thập đầy đủ các thông tin về: họ tên, tuổi, số bữa ăn trong ngày, cơ cấu bữa ăn trong ngày, số lượng các thực phẩm tiêu thụ

trong ngày. Khẩu phần ăn 24h sau thu thập được xử lý bằng phần mềm Eiyokun để đánh giá giá trị dinh dưỡng khẩu phần ăn/ngày cho từng người bệnh.

2.5. Biến số nghiên cứu

Thông tin chung các đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, chẩn đoán bệnh, thời gian phát hiện bệnh...

Đánh giá khẩu phần ăn của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC Để xác định nhu cầu khuyến nghị (NCKN) về năng lượng và các chất sinh năng lượng và không sinh

năng lượng của nhóm đối tượng nghiên cứu dựa trên yếu tố nhân khẩu và tình trạng sức khỏe. Chúng tôi áp dụng hướng dẫn “Nhu cầu Dinh dưỡng Khuyến nghị cho người Việt Nam” do Viện Dinh dưỡng Quốc gia ban hành năm 2016 để tính nhu cầu năng lượng và các chất dinh

đưỡng cho từng người bệnh. Giá trị trung bình khẩu phần ăn thực tế bao gồm mức năng lượng, Protid, lipid, glucid, các loại

vitamin và khoáng chất sẽ được so sánh giá trị trung bình NCKN để xác định mức độ đáp ứng của khẩu phần ăn.

2.6. Hạn chế, sai số, cách khắc phục

Hạn chế: Phương pháp đánh giá khẩu phần ăn 24 giờ phụ thuộc nhiều vào trí nhớ và khả năng hợp tác của người bệnh. Trong bối cảnh người bệnh đang điều trị,

Cách khắc phục: Hướng dẫn kỹ cho người bệnh và người hỗ trợ cách ghi nhớ và mô tả thực phẩm chính xác hơn; kết hợp sử dụng ảnh minh họa thực phẩm, mô hình định lượng (bát, đĩa, muỗng đo

chịu nhiều tác dụng phụ của hóa trị/xạ trị như mệt mỏi, chán ăn, suy giảm nhận thức tạm thời, thông tin thu thập có nguy cơ thiếu chính xác, dẫn đến sai số ghi nhớ.

lường) để tăng độ tin cậy khi ước lượng khẩu phần. Khẩu phần ăn được hỏi 3 ngày trong tuần (2 ngày trong tuần và 1 ngày cuối tuần trừ ngày lễ, tết, ...). Khẩu phần ăn 24 giờ là trung bình khẩu phần ăn trong 3 ngày.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sau khi thu thập, kiểm tra thông tin trên phiếu điều tra. Làm sạch số liệu, mã hóa, nhập số liệu bằng phần mềm EpiData 3.1. Số liệu khẩu phần ăn 24 giờ được quy đổi và nhập vào phần mềm tính toán khẩu phần ăn Eiyokun Việt là phần mềm hợp tác của Trung tâm dinh dưỡng TP.HCM kết hợp với 3 trường đại học của Nhật Bản (Trường Đại Học Shishoku, Trường

Đại Học Phụ Nữ và Trường Đại Học Tokushima) để tính tổng năng lượng các chất đa lượng và các chất vi lượng. Sử dụng phần mềm Excel 365 để lưu trữ, xử lý dữ liệu thô. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0: Thống kê mô tả: Biến định tính được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ, biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
Giới tính		Tuổi	
Nam	94 (81,0)	< 65 tuổi	81 (69,8)
Nữ	22 (19,0)	≥ 65 tuổi	35 (30,2)
Chẩn đoán xác định bệnh		Nơi sống	
Ung thư vòm mũi họng	43 (37,1)	Nông thôn, miền núi	72 (62,1)
Ung thư thanh quản	31 (26,7)	Thị trấn, thành phố	44 (37,9)
Ung thư lưỡi	9 (7,8)	Nghề nghiệp	
U tuyến nước bọt	2 (1,7)	Nông dân	62 (53,4)
Ung thư khoang miệng	27 (23,3)	Hưu trí	15 (12,5)
Ung thư các xoang mặt	4 (3,4)	Các nghề khác	39 (34,1)
Tình trạng nuôi dưỡng khi ở bệnh viện		Phương pháp đã điều trị	
Ăn theo suất ăn bệnh viện	34 (29,3)	Phẫu thuật	6 (5,2)
Ăn quán ở ngoài	61 (52,6)	Xạ trị	5 (4,3)
Ăn thức ăn gia đình mang đến	21 (18,1)	Hóa trị	26 (22,4)
		Kết hợp	79 (68,1)

Kết quả Bảng 1 cho thấy trong 116 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ mắc ung thư vùng đầu cổ ở nam giới cao hơn nữ giới, tương ứng là 81,0% và 19,0%. Độ tuổi trung bình là $58,20 \pm 10,80$ tuổi, tuổi cao nhất là 84 và thấp nhất là 18 tuổi. Có 69,8% người bệnh dưới 65 tuổi chẩn đoán ung thư vùng đầu cổ, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vòm mũi họng (37,1%); ung thư thanh quản

26,7%). Về phương pháp điều trị phần lớn là điều trị kết hợp (phẫu thuật- hóa trị, phẫu thuật-xạ trị, hóa trị - xạ trị) chiếm tỷ lệ 68,1%. Đối tượng chủ yếu làm nghề nông (53,4%); sống ở vùng nông thôn, miền núi (62,1%); người bệnh chủ yếu mua thức ăn ở các cửa hàng ngoài viện (52,6%), chỉ có 29,3% người bệnh ăn theo chế độ bệnh lý của bệnh viện.

Bảng 2. Năng lượng và giá trị các chất sinh năng lượng trong khẩu phần ($n=116$)

Giá trị dinh dưỡng	$\bar{X} \pm SD$	Đạt NCKN		Không đạt NCKN		NC khuyến nghị
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Năng lượng (Kcal)	1599,75±1115,8	41	35,3	75	64,7	1615,81±191,0
Protid (g)	66,59± 50,14	59	50,9	57	49,1	60,59 ± 7,16
Lipid (g)	51,05 ± 37,81	89	76,7	27	23,3	37,70 ± 4,45
Glucid (g)	213,53 ± 146,99	31	26,7	85	73,3	230,25±27,21

Bảng 3. Giá trị dinh dưỡng một số vitamin trong khẩu phần ($n=116$)

Giá trị dinh dưỡng	$\bar{X} \pm SD$	Đạt NCKN		Không đạt NCKN		NC khuyến nghị
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Vitamin A(mcg)						
Nam	589,76 ± 33,58	39	41,5	55	58,5	600
Nữ	593,19 ± 214,68	6	27,3	16	72,7	
Chung	590,41 ± 48,32	45	38,8	71	61,2	
Vitamin B ₁ (mg)						
Nam	1,42 ± 0,35	14	14,9	80	85,1	1,2
Nữ	1,30 ± 0,41	1	4,5	21	95,5	
Chung	1,39 ± 0,29	15	12,9	101	87,1	
Vitamin B ₂ (mg)						
Nam	1,23 ± 0,07	18	19,1	76	80,9	1,3
Nữ	1,28 ± 0,47	3	13,6	19	86,4	
Chung	1,24 ± 0,11	21	18,1	95	81,9	
Vitamin PP (mg)						
Nam	11,38 ± 0,29	5	5,3	89	94,7	16
Nữ	14,17 ± 4,19	3	13,6	19	86,4	
Chung	11,91 ± 0,82	N	6,9	108	93,1	
Vitamin C(mg)						
Nam	50,25 ± 2,66	18	19,1	76	80,9	70
Nữ	71,08 ± 19,07	7	31,8	15	68,2	
Chung	54,20 ± 4,22	25	21,6	91	78,4	

Kết quả Bảng 2 cho thấy tổng năng lượng trung bình từ khẩu phần 24h của người bệnh là $1599,75 \pm 1115,80$ Kcal/ngày, có 64,7% không đạt NCKN (các số liệu trong cột NCKN là trung bình cộng của nhu cầu theo từng cá nhân, dựa trên tiêu chí tuổi, giới, cân nặng, theo bảng Nhu cầu Dinh dưỡng Khuyến nghị cho người Việt Nam), 35,3% đạt NCKN. Hàm lượng protid trung bình là $66,59 \pm 50,14$ g/ngày; có 49,1% không đạt NCKN. Tương tự với hàm lượng lipid trung bình là $51,05 \pm 37,81$ g/ngày, có

23,3% không đạt NCKN. Hàm lượng glucid trung bình trong khẩu phần là $213,53 \pm 146,99$ g/ngày, có tới 73,3% không đạt NCKN.

Từ Bảng 3 ta thấy phần lớn người bệnh đều không đạt nhu cầu về một số vi chất dinh dưỡng, trung bình tỷ lệ không đạt NCKN cao nhất là vitamin PP (93,1%). Ở người bệnh nam chủ yếu là vitamin PP (94,7%) và vitamin B₁ (85,1%). Ở người bệnh nữ chủ yếu là vitamin B₁ (95,5%), vitamin B₂ (86,4%) và vitamin PP (86,4%).

Bảng 4. Giá trị dinh dưỡng một số chất khoáng trong khẩu phần ($n=116$)

Các chất khoáng	TB $\pm$ SD	Đạt NCKN		Không đạt NCKN		NC khuyến nghị
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ca (mg)	$717,94 \pm 744,37$	20	17,2	96	82,8	$943,10 \pm 118,11$
Fe (mg)	$12,26 \pm 10,13$	10	8,6	106	91,4	$19,14 \pm 5,21$
Zn (mg)	$5,33 \pm 3,80$	62	53,4	54	46,6	$5,17 \pm 0,17$
Mg (mg)	$121,75 \pm 3,98$	9	7,8	107	92,2	$336,98 \pm 2,64$

Theo Bảng 4, trong 116 đối tượng nghiên cứu phần lớn người bệnh không đạt nhu cầu khuyến nghị về giá trị dinh dưỡng chất khoáng trong khẩu phần. Tỷ

lệ không đạt nhu cầu khuyến nghị các chất khoáng Ca, Fe, Zn, Mg lần lượt là 96 (82,8%); 106 (91,4%); 54 (46,6%) và 107 (92,2%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu này tập trung vào đánh giá khẩu phần ăn 24 giờ ở nhóm bệnh nhân ung thư vùng đầu cổ có khả năng ăn uống bằng đường miệng. kết quả cho thấy tỷ lệ nam giới mắc ung thư vùng đầu cổ cao hơn nữ giới với tỷ lệ là 81,0%. Kết quả này có sự tương đồng với một số nghiên cứu của Phạm Khánh Huyền (2020), Nguyễn Thị Hằng (2023) [6,7]. Sự khác biệt về giới tính có thể liên quan đến tình trạng hút thuốc lá và uống rượu ở nam giới, vì hút thuốc lá và uống rượu là một trong những yếu tố nguy cơ mắc bệnh ung thư vùng đầu cổ.

Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu sống ở khu vực nông thôn, miền núi chiếm 62,1%. Kết quả này tương đồng nghiên cứu với 69% người bệnh sống ở nông thôn [8]. Về nghề nghiệp, các người bệnh chủ yếu là nông dân (53,4%), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Chiên và cộng sự (2022) là 41,4% [9].

Về tình trạng nuôi dưỡng khi ở bệnh viện, các đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là mua thức ăn ở các cửa hàng ngoài, xung quanh bệnh viện chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,6%. Điều này có thể giải

thích do Khoa Nội I thuộc trung tâm xạ trị Bệnh viện Ung Bướu ở xa trung tâm thành phố, người bệnh chủ yếu sống ở khu vực nông thôn, miền núi nên việc gia đình mang thức ăn đến rất khó khăn. Bên cạnh đó, bệnh viện hiện chỉ áp dụng chế

độ ăn bệnh lý cho người bệnh nặng, chưa áp dụng cho tất cả người bệnh nên người bệnh và thân nhân thường mua đồ ăn từ các hàng quán xung quanh trong và ngoài bệnh viện.

4.2. Khẩu phần ăn 24h

Về năng lượng

Dựa trên nhu cầu khuyến nghị về thành phần dinh dưỡng cho người Việt Nam bao gồm khuyến nghị về nhu cầu năng lượng và nhu cầu về các dưỡng chất theo các tiêu chí tuổi, giới tính, loại hình lao động, tình trạng sinh lý, bệnh lý và các yếu tố khác như sốt, stress, thói quen ăn uống của người dân [10]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tính tổng nhu cầu năng lượng trung bình một ngày dựa trên cân nặng đối với từng người bệnh, khai thác khẩu phần ăn 24 giờ làm cơ sở so sánh với NCKN. Kết quả bảng 2 phần lớn người bệnh đều không đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng trong khẩu phần ăn khi phân tích khẩu phần ăn 24 giờ, trung bình hằng ngày có 64,7% người bệnh không đạt nhu cầu khuyến nghị và năng lượng khẩu phần trung bình là $1599,75 \pm 1115,80$ Kcal/ngày. Nghiên cứu của

chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Phạm Khánh Huyền với 70% người bệnh không đạt NCKH về năng lượng và nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh với tỷ lệ người bệnh không đạt NCKN về năng lượng trong khẩu phần ăn chiếm tỷ lệ là 59,3% [4,6]. Về năng lượng khẩu phần trung bình của người bệnh ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu và cộng sự (2020) với năng lượng trung bình từ khẩu phần 24h của người bệnh là $1234,91 \pm 461,38$ Kcal/ngày; có 78% không đạt NCKN [11]. Có sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu được giải thích do có sự khác nhau về các đặc điểm như: BMI, đặc điểm khẩu phần ăn, đặc điểm nhân khẩu, địa điểm... của các đối tượng nghiên cứu.

Về protid

Hàm lượng protid trung bình là $66,59 \pm 50,14$ g/ngày, có 50,9% người bệnh đạt nhu cầu khuyến nghị. Cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu (2022) với lượng protid trung bình trong khẩu phần ăn là $53,76 \pm 21,93$ g/ngày và có 37% đạt NCKN [11]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn kết quả của Trần Thị Lan Phương (2022) với tỷ lệ người bệnh đạt NCKN về protid chỉ 8,8% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh có thể tự phục vụ về các vấn đề ăn uống, giai đoạn bệnh, tình trạng bệnh khác với các nghiên cứu khác nên kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự

khác biệt đối với các nghiên cứu khác. Protein là thành phần cấu tạo nên khối cơ bắp, máu, bạch huyết, hormon, men, kháng thể... Protein cũng rất cần thiết cho sự chuyển hóa bình thường các chất dinh dưỡng khác, đặc biệt là các vitamin và chất khoáng. Khi thiếu protein, nhiều loại vitamin sẽ không phát huy được đầy đủ chức năng của chúng cho dù chúng không bị thiếu hụt về số lượng. Việc cung cấp đủ nhu cầu protein cho người bệnh rất cần thiết nhằm giảm thiểu các nguy cơ gây ảnh hưởng đến tình trạng bệnh, hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ tử vong.

Về lipid

Lipid là thành phần dinh dưỡng thiết yếu của bữa ăn, là nguồn cung cấp năng lượng cao đồng thời là chất mang của các chất dinh dưỡng cần thiết như vitamin A, D, E, K. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho biết hàm lượng lipid trung bình là $51,05 \pm 37,81$ g/ngày và có 76,7% người bệnh đạt NCKN. Kết quả này cao hơn kết quả của một số nghiên cứu với hàm lượng lipid trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu (2022) là $28,54 \pm 14,61$ g/ngày,

Về glucid

Hàm lượng glucid trung bình là $213,53 \pm 146,99$ g/ngày, có 26,7% người bệnh đạt nhu cầu khuyến nghị. So sánh với nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Liễu, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cao hơn về hàm lượng glucid trung bình trong khẩu phần là $190,29 \pm 79,10$ g/ngày, chỉ có 27% đạt NCKN [11].

Về tỷ lệ phần trăm các chất sinh năng lượng P: G: L

Tỉ lệ các chất sinh năng lượng của nghiên cứu này là P: L: G = 16,6 : 28,5 : 54,9. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu là P: L: G là 17,7: 21,1: 61,2 [11]. Mặc dù tỷ lệ P:L:G trong các nghiên cứu có sự tương đồng, tuy nhiên phần lớn người bệnh trong các nghiên cứu bị thiếu hầu hết các

Về các loại vitamin

Kết quả bảng 3.3 cho thấy phần lớn người bệnh đều không đạt nhu cầu về một số vi chất dinh dưỡng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Surwillo về tỷ lệ không đạt các vitamin và chất khoáng, cụ thể tỷ lệ thiếu vitamin A, B₁, B₂, PP, C là 55%, 63%, 44%, 61%, 85% [12]. Và tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu khi tỷ lệ người bệnh không đạt NCKN khá cao ở các nhóm vitamin A, vitamin B₂ với tỷ lệ lần lượt là 77%;

có 76% không đạt NCKN [11]; nghiên cứu của Trần Thị Lan Phương (2022) với tỷ lệ người bệnh đạt NCKN lipid 8,1%⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh sử dụng thường xuyên các thực phẩm chiên rán, nhiều dầu mỡ nên kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt đối với các nghiên cứu khác về hàm lượng lipid trung bình trong khẩu phần ăn và tỷ lệ người bệnh đạt nhu cầu khuyến nghị về lipid.

Thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Lan Phương (2022) với 31,2% đạt NCKN [8]. Do ảnh hưởng của quá trình điều trị, người bệnh có nhiều tác dụng phụ về chán ăn, ăn uống kém, khó nuốt dẫn đến khẩu phần ăn giảm, giảm hàm lượng glucid, tỷ lệ người bệnh đạt nhu cầu khuyến nghị về glucid thấp.

chất dinh dưỡng sinh năng lượng ở các mức độ khác nhau. Vì vậy, việc cá thể hóa dinh dưỡng nhằm cung cấp đủ năng lượng và các chất dinh dưỡng cần thiết cho mỗi người bệnh khi điều trị trong các bệnh viện là nhiệm vụ cần thiết cần được nhanh chóng triển khai nhằm hỗ trợ điều trị và giúp cải thiện sức khỏe cho người bệnh.

89% [11]. Đối với vitamin B₁ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh không đạt NCKN là 87,1%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Surwillo với lượng vitamin B₁ không đạt NCKN là 63,0%, nghiên cứu của Trần Thị Lan Phương là 53,6 % [8,12]. Về tỷ lệ người bệnh không đạt NCKN vi chất dinh dưỡng vitamin C là 78,5%, kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Surwillo với 85,0 % nhưng cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Lan Phương với 36,5% [11,12].

Về các chất khoáng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức đáp ứng khẩu phần ăn theo NCKN của một số chất khoáng như sắt, canxi và magie của đối tượng tham gia nghiên cứu phần lớn đều không đạt so với NCKN tương đồng với kết quả các nghiên cứu của Surwillo, Nguyễn Thị Thu Liễu về tỷ lệ không đạt NCKN về sắt, canxi lần lượt là 81%, 99% và 93%, 95% [11,12]. Kết quả này có thể giải thích bởi sự thiếu hụt lượng khẩu phần cung cấp cho người bệnh so với người bình thường, cũng như mức độ đa dạng hóa bữa ăn không đầy đủ. Điều này có thể do tác động của bệnh lý khiến cho người bệnh cảm thấy chán ăn và ăn ít hơn so với trạng thái bình thường. Vì vậy, để tránh tình trạng thiếu hụt các chất khoáng ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh, việc cung cấp đủ lượng khoáng cho người bệnh là cần thiết. Ngoài ra, cần chú ý đến việc cung cấp các thực phẩm giàu sắt sinh học như thịt và cá, kết hợp với việc bổ sung vitamin C để tăng cường khả năng hấp thu sắt. Bên cạnh đó, cũng cần quan tâm đến việc cung cấp các thực

phẩm giàu magie như hạt, cây họ đậu và các loại ngũ cốc nguyên hạt.

Trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi tập trung chủ yếu vào đánh giá tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn thực tế, không đi sâu vào việc phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của người bệnh, không đánh giá về các vấn đề chuyển hóa của người bệnh.... Tuy nhiên, nghiên cứu này mở ra những hướng nghiên cứu mới và tiềm năng cho các nghiên cứu tiếp theo về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư vùng đầu cổ như: nghiên cứu đánh giá các yếu tố gây ảnh hưởng đến dinh dưỡng và khẩu phần ăn của người bệnh; nghiên cứu về tác động của liệu pháp điều trị và các biến đổi cơ thể do tình trạng bệnh gây ra ảnh hưởng đến sự thay đổi về chuyển hóa dinh dưỡng và tình trạng dinh dưỡng của người bệnh; hoặc các nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng, can thiệp chế độ ăn cho người bệnh ung thư.

V. KẾT LUẬN

Khẩu phần ăn 24 giờ của người bệnh ung thư vùng đầu cổ đang điều trị tại khoa Nội I bệnh viện ung bướu Nghệ An vẫn còn một tỷ lệ khá cao thiếu về năng lượng, thành phần các chất dinh dưỡng. Để nâng cao tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh, đặc biệt là người bệnh ung thư vùng đầu cổ, bệnh viện cần tăng cường thực hiện vai trò dinh dưỡng lâm sàng thông qua việc sàng lọc và đánh giá dinh dưỡng

định kỳ, theo dõi sát tình trạng dinh dưỡng trong suốt quá trình điều trị. Bên cạnh đó, cần xây dựng chế độ ăn cá thể hóa, phù hợp với tình trạng bệnh, khả năng ăn uống và nhu cầu năng lượng của từng người bệnh. Việc tư vấn, hướng dẫn chế độ ăn và phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ, chuyên gia dinh dưỡng và điều dưỡng sẽ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Văn Hiếu. *Ung Thư Học*. Nhà xuất bản Y học; 2015.
2. CDC. Head and Neck Cancers Basics. Head and Neck Cancers. April 17, 2024. Accessed April 16, 2025. <https://www.cdc.gov/head-neck-cancer/about/index.html>
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660

4. Nguyễn Thị Hương Quỳnh và cộng sự. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư điều trị bằng hóa chất tại bệnh viện Quân y 103. *Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng*. 2018;1(3):42-47.
5. Trần Thị Lan Phương. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của người bệnh tại khoa ung bướu, bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2021-2022. Luận văn thạc sĩ dinh dưỡng. Đại học Y Hà Nội; 2022.
6. Phạm Khánh Huyền và cộng sự. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng Pg-Sga của người bệnh ung thư đầu mặt cổ tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An năm 2020. *Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng*. 2020;3(5):198-207.
7. Nguyễn Thị Hằng và cộng sự. Đánh giá kết quả điều trị triệt để ung thư đầu cổ có phối hợp xạ trị trên người bệnh cao tuổi tại bệnh viện ung bướu Đà Nẵng. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2023;523(1). doi:10.51298/vmj.v523i1.4400
8. Trần Thị Lan Phương. *Tình Trạng Dinh Dưỡng và Khẩu Phần Của Người Bệnh Ung Thư Tại Khoa Ung Bướu-Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Điện Biên Năm 2021-2022*. 2022.
9. Phạm Thị Hồng Chiên PTL. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh hóa-xạ trị ung thư hạ họng-thanh quản giai đoạn III-IV tại bệnh viện tai mũi họng trung ương. *Tạp Chí Học Cộng Đồng*. 2022;64(3).
10. Viện dinh dưỡng. *Nhu Cầu Dinh Dưỡng Khuyến Nghị Cho Người Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học; 2016.
11. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn thực tế của người bệnh ung thư có điều trị bằng hóa chất tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2019-2020. Accessed April 16, 2025. <https://tapchidinhduongthucpham.orvn/index.php/jfns/article/view/93/86>
12. Surwillo A, Wawrzyniak A. Nutritional assessment of selected patients with cancer. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2013;64(3):225-233.