

Nghiên cứu gốc

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2024-2025

Nguyễn Minh Diệu¹, ✉, Nguyễn Minh Anh², Ninh Thị Oanh³,
Phùng Thị Lê Phương⁴, Lê Thị Hương¹, Hoàng Việt Bách⁵

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Dinh dưỡng

³Bệnh viện Nhi Hà Nội

⁴Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City

⁵Bệnh viện K

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư vú điều trị hóa chất tại bệnh viện K năm 2024-2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 142 người bệnh ung thư vú đã phẫu thuật, được điều trị hóa chất tại khoa nội 5, nội 6 Bệnh viện K.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thừa cân và béo phì theo BMI lần lượt là 35,2% và 17,6%; 2,1% người bệnh thiếu năng lượng trường diễn. Đánh giá chỉ số nhân trắc cho thấy có 41,6% người bệnh có phân bố mỡ trung tâm mức vừa và 4,9% ở mức cao. Chỉ số eo hông cũng ghi nhận 47,2% ở mức cao. 60% người bệnh có nguy cơ thiếu cơ và 52,8% người bệnh có cơ lực yếu khi đánh giá bằng kết quả đo cơ lực. Tình trạng tập thể dục không đều đặn làm tăng nguy cơ thiếu cơ với OR = 2,5 (1,2–5,0).

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy người bệnh ung thư vú điều trị hóa chất có tỷ lệ thừa cân, béo phì và nguy cơ thiếu cơ cao, cho thấy sự hiện diện của sarcopenic obesity – tình trạng kết hợp giữa thừa mỡ và giảm khối cơ – có thể ảnh hưởng bất lợi đến đáp ứng và hiệu quả điều trị.

Từ khóa: ung thư vú, hóa chất, tình trạng dinh dưỡng, thừa cân, béo phì, bệnh viện K.

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY AT NATIONAL CANCER HOSPITAL, VIETNAM, 2024–2025

ABSTRACT

Aims: To assess the nutritional status and associated factors among breast cancer patients undergoing chemotherapy at National Cancer Hospital during 2024–2025.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 142 post-surgical breast cancer patients receiving chemotherapy at Internal Medicine Departments 5 and 6 of the Hospital.

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Minh Diệu
Email: nguyenminhdieu887@gmail.com
DOI: 10.56283/1859-0381/947

Nhận bài: 14/8/2025 Chính sửa: 30/08/2025
Chấp nhận đăng: 5/9/2025
Công bố online: 12/9/2025

Results: The findings show that the prevalence of overweight and obesity based on BMI was 35,2% and 17,6%, respectively; and 2,1% were classified as chronic energy deficiency. Anthropometric assessments revealed that 41,6% of patients had moderate central fat distribution and 4.9% had high central fat accumulation. Additionally, 47,2% of the patients had a high waist-to-hip ratio. Furthermore, 60% of the patients were at risk of sarcopenia based on calf circumference, and 52,8% demonstrated reduced muscle strength as assessed by handgrip strength. Irregular physical activity was associated with an increased risk of sarcopenia (OR = 2,5; 95% CI: 1,2–5,0).

Conclusion: The study demonstrated that breast cancer patients undergoing chemotherapy exhibited high prevalence of overweight, obesity, and sarcopenia risk, indicating the presence of sarcopenic obesity - a condition characterized by concurrent excess adiposity and reduced muscle mass - which may adversely affect treatment response and efficacy.

Keywords: breast cancer, chemotherapy, nutritional status, overweight, obesity, Vietnam National Cancer Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân tử vong do ung thư đứng thứ năm trên toàn cầu, với khoảng 2,3 triệu ca mắc mới và 685.000 ca tử vong được ghi nhận trên toàn thế giới trong năm 2020 [1]. Gánh nặng ung thư vú ngày càng gia tăng không chỉ ở các quốc gia phát triển mà còn tại nhiều nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam, nơi ung thư vú chiếm 28,9% tổng số ca ung thư mới ở nữ giới và gây ra hơn 10.000 ca tử vong mỗi năm [2].

Trong điều trị ung thư, đặc biệt là ung thư vú, tình trạng dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng không chỉ ở việc cải thiện chất lượng sống mà còn ảnh hưởng

đến hiệu quả điều trị và tiên lượng sống còn của người bệnh. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tăng cân ở tuổi trưởng thành và sau mãn kinh có liên quan đến nguy cơ mắc và tử vong do ung thư vú. Ngoài ra, tăng cân sau chẩn đoán – đặc biệt trong và sau quá trình hóa trị – cũng làm tăng nguy cơ tái phát và tử vong [3].

Hiện nay, các nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư vú tại Việt Nam còn hạn chế, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và xác định một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư vú điều trị hóa chất tại Bệnh viện K năm 2024-2025.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đối tượng nghiên cứu là người bệnh ung thư vú đáp ứng tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh ung thư vú giai đoạn I, II, III đã được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn hoặc phẫu thuật bảo tồn, có chỉ định điều trị hóa chất từ lần thứ 2

trở đi tại khoa nội 5, nội 6 bệnh viện K từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025; Độ tuổi từ 20 tuổi trở lên; Người bệnh tỉnh táo, tiếp xúc được, không bị rối loạn về nhận thức.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

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

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

Trong đó:

- n: là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu;
- Z = 1,96 với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$;
- p: Tỷ lệ thừa cân, béo phì của đối tượng nghiên cứu với $p = 0,38$ dựa theo một nghiên cứu trước [4];
- d: sai số mong muốn ($d=0,08$).

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Người bệnh sau khi nhập viện 12-24h tại các khoa hóa chất trước khi điều trị sẽ được kiểm tra thông tin, nếu đáp ứng đủ điều kiện sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu.

Bước 2: Thu thập thông tin chung,

Kỹ thuật thu thập thông tin:

Đo các chỉ số nhân trắc: cân nặng đo bằng cân TANITA BC-54, chiều cao được đo bằng thước đo chiều cao đứng SECA chất liệu nhựa tổng hợp, chu vi vòng eo, chu vi bắp chân đo bằng thước dây không co giãn, đo cơ lực bằng máy đo lực bóp tay CAMRY EH101.

Cân nặng, chiều cao: đo tại thời điểm vào viện của bệnh nhân. Chỉ số khối cơ thể: BMI= Cân nặng / (chiều cao)². BMI được nhận định phân loại WHO khu vực Thái Bình Dương (2000) khuyến nghị cho người trưởng thành châu Á như sau [5]: Thiếu năng lượng trường diễn (CED) (< 18,5); Bình thường [18,5- 22,9]; Thừa cân BMI [23-24,9]; Béo phì độ I [25-29,9]; Béo phì độ II (≥ 30).

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh câm điếc hoặc không thể thu thập được số liệu, thông tin; Người bệnh phù, dị tật, khuyết tật không thể tiến hành đo được các chỉ số nhân trắc học.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 142$.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất tại bệnh viện K thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

đánh giá các chỉ số nhân trắc của ĐTNC (cân nặng, chiều cao, chu vi vòng eo, vòng hông, chu vi bắp chân), đo cơ lực.

Bước 3: Xử lý số liệu và báo cáo kết quả mục tiêu nghiên cứu.

Chu vi vòng eo: Để bệnh nhân đứng thẳng và thở bình thường; Xác định điểm giữa gần đúng bờ dưới xương sườn sờ thấy cuối cùng và đỉnh mào chậu. Dùng thước dây không co giãn quấn quanh eo, đảm bảo thước dây song song với sàn, không rộng quá và không chật quá. Phân bố mỡ bình thường (< 80 cm): nguy cơ bệnh tật thấp; Phân bố mỡ vùng trung tâm mức độ vừa (80-87,9 cm): nguy cơ bệnh tật tăng; Phân bố mỡ vùng trung tâm cao (≥ 88 cm): nguy cơ bệnh tật cao.

Chu vi vòng hông: người bệnh đứng thẳng, thở bình thường. Sử dụng thước đo không giãn đo tại vị trí hông có chu vi lớn nhất. *Chỉ số vòng eo/vòng hông:* Cách xác định: Chu vi vòng eo chia cho

chu vi vòng hông. Phân loại [6]: Bình thường ($\leq 0,85$); cao ($> 0,85$).

Chu vi bắp chân: Cách đo: Đỡ người bệnh đứng thẳng và thở bình thường. Sử dụng thước đo không giãn đo tại vị trí lớn nhất của bắp chân, đo cả ở 2 bên và lấy giá trị lớn hơn. Phân loại đối với nữ [7]: Bình thường: ≥ 33 cm, Có nguy cơ thiếu cơ: < 33 cm.

Đo cơ lực: Chuẩn bị máy đo lực bóp tay điện tử CAMRY EH101, điền các thông số tuổi, giới tính. Người bệnh ngồi

trên ghế không có tay vịn, gập khuỷu tay 90 độ, và cánh tay không chạm vào thân mình. Người bệnh tiến hành bóp máy đo cơ lực tay mạnh nhất có thể và thực hiện mỗi tay hai lần. Giá trị cao nhất được sử dụng để đánh giá cơ lực của người bệnh. Đối với nữ: ≥ 18 kg: Bình thường, < 18 kg: cơ lực yếu.

Tập thể dục: Điều đặn: Tối thiểu 30 phút/ ngày trong ít nhất 5 ngày / tuần; Không điều đặn: ít hơn 30 phút/ ngày trong dưới 5 ngày/ tuần.

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Các phân tích được thực hiện bằng phần mềm

Stata 12.0. Ý nghĩa thống kê đạt được khi giá trị $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua theo quyết định số 253/QĐ-YHDP&YTCC tại Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội ngày 24 tháng 6 năm 2024.

Người bệnh được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Các thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu ($n=142$)

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi	<40	19	13,4
	40-60	99	69,7
	>60	24	16,9
Dân tộc	Kinh	132	93
	Khác	10	7
Trình độ học vấn	Dưới THPT	84	59,1
	THPT	18	12,7
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	40	28,2
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức	34	24
	Nông dân	47	33,1
	Công nhân	44	31
	Tự do	13	9,1
	Khác	4	2,8
Nơi ở	Nông thôn	94	66,2

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
	Thị trấn/Thị xã/ Thành phố	48	33,8
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn 1	58	40,9
	Giai đoạn 2	72	50,7
	Giai đoạn 3	12	8,4
Tập thể dục	Đều đặn	72	50,7
	Không đều đặn	67	47,2
	Không tập thể dục	3	2,11

Có 142 người bệnh được tham gia vào nghiên cứu. Phân tích cơ cấu theo độ tuổi cho thấy nhóm 40–60 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất (69,7%), trong khi nhóm >60 tuổi và <40 tuổi lần lượt chiếm 16,9% và 13,4%. Dân tộc kinh chiếm đa số. Trình độ học vấn dưới THPT chiếm 59,1% với nghề nghiệp nông dân là 33,1%. Đa phần người

bệnh ở nông thôn với 66,2%. Xét theo giai đoạn bệnh, phần lớn người bệnh được phát hiện ở giai đoạn 2 (50,7%), tiếp theo là giai đoạn 1 (40,9%), trong khi tỷ lệ ở giai đoạn 3 là 8,4%. Có 50,7% người bệnh cho biết duy trì tập luyện đều đặn, trong khi 47,2% tập thể dục không đều và 2,1% không tập thể dục.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu (n=142)

Đặc điểm	Tần số (%)	Đặc điểm	Tần số (%)
Phân loại theo BMI		Chu vi vòng eo	
Thiếu năng lượng trường diễn	3 (2,1)	Bình thường	76 (53,5)
Bình thường	54 (45,1)	Phân bố mỡ trung tâm	
Thừa cân	50 (35,2)	Mức vừa	59 (41,6)
Béo phì	25 (17,6)	Mức cao	7 (4,9)
Chu vi vòng bắp chân		Chỉ số eo- hông	
Bình thường	57 (40)	Bình thường	75 (52,8)
Có nguy cơ thiếu cơ	85 (60)	Cao	67 (47,2)

Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI cho thấy tỷ lệ người bệnh có dinh dưỡng bình thường chiếm 45,1%, trong khi nhóm thừa cân và béo phì chiếm lần lượt 35,2% và 17,6%. Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ghi nhận ở 2,1% trường hợp. Đánh giá chỉ số nhân trắc cho thấy 53,5% người bệnh có chu vi vòng eo trong giới hạn bình thường, trong khi 41,6% có phân bố mỡ trung tâm ở mức vừa và 4,9% ở mức cao. Đối với chỉ số

eo–hông, tỷ lệ người bệnh có chỉ số bình thường là 52,8%, trong khi nhóm có chỉ số eo–hông cao chiếm 47,2%. Đánh giá chu vi vòng bắp chân ghi nhận 60% người bệnh có nguy cơ thiếu cơ trong khi 40% có kết quả trong giới hạn bình thường. Đồng thời, kết quả đo cơ lực cho thấy có đến 52,8% người bệnh có cơ lực yếu trong khi nhóm có cơ lực bình thường là 47,2%.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng thừa cân, béo phì

Các yếu tố	Bình thường	Thừa cân-béo phì	OR (95% CI)	p*
Nhóm tuổi				
<40	11 (57,9%)	8 (42,1%)	1	
40 -60	43 (43,4%)	56 (56,6%)	1,79 (0,7- 4,9)	0,25
>60	14 (58,3%)	10 (41,7%)	0,98 (0,3- 3,4)	0,98
Giai đoạn bệnh				
Giai đoạn I	26 (44,8%)	32 (55,2%)	1	
Giai đoạn II	36 (50%)	36 (50%)	0,81 (0,4 -1,6)	0,56
Giai đoạn III	6 (50%)	36 (50%)	0,81 (0,2- 2,9)	0,75
Nơi ở				
Nông thôn	44 (46,8%)	50 (53,2%)	1	
Thành thị	24 (50%)	24 (50%)	0,88 (0,4-1,9)	0,7
Tập thể dục				
Đều đặn	30 (41,7%)	42 (58,3%)	1	
Không đều	37 (55,2%)	30 (44,8%)	0,6 (0,3- 1,1)	0,11
Không tập	1 (33,3%)	2 (55,7%)	1,4 (0,8-2,2)	0,78

Kết quả cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố như độ tuổi, giai đoạn bệnh, nơi ở hay tình trạng tập thể dục với thừa cân/béo phì ($p > 0,05$). Mặc dù nhóm tuổi 40–60 có xu

hướng thừa cân/béo phì cao hơn, sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê. Việc không tập thể dục hoặc tập không đều đặn cũng không cho thấy nguy cơ thừa cân rõ rệt so với nhóm tập đều đặn.

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, phân tích theo chỉ số khối cơ thể (BMI) cho thấy 45,1% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường, tỷ lệ thừa cân chiếm 35,2% và béo phì chiếm 17,6%, tổng tỷ lệ thừa cân, béo phì là 52,8%. Ngược lại, chỉ có 2,1% người bệnh bị thiếu năng lượng trường phản ánh tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp trong nhóm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu này cho thấy thừa cân và béo phì phổ biến hơn so với thiếu dinh dưỡng ở người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất tại bệnh viện K. Tỷ lệ thừa cân, béo phì trong nghiên cứu này cao hơn tác giả Hoàng Hà

Linh và cộng sự tại Bệnh viện K giai đoạn 2019–2020, với 38% người bệnh ung thư vú bị thừa cân hoặc béo phì [4]. Tỷ lệ thừa cân, béo phì cao ở người bệnh ung thư vú có thể bắt nguồn từ đặc điểm dịch tễ của nhóm đối tượng này – chủ yếu là nữ trung niên, ít vận động và dễ tích lũy mỡ theo tuổi. Quá trình điều trị như hóa trị, hormone trị liệu và corticosteroid cũng có thể gây tăng cân do giữ nước, thay đổi chuyển hóa và tăng cảm giác thèm ăn. Bên cạnh đó, stress, rối loạn giấc ngủ và giảm hoạt động thể lực sau chẩn đoán bệnh càng làm tăng nguy cơ thừa cân, ảnh

hưởng đến hiệu quả điều trị và tăng nguy cơ tái phát.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 41,6% người bệnh có phân bố mỡ trung tâm mức vừa và 4,9% ở mức cao, chỉ số eo – hông cao cũng chiếm 47,2%. Người bệnh có chỉ số vòng eo/ vòng hông cao và/hoặc có phân bố mỡ trung tâm bất thường có nguy cơ thừa cân/béo phì cao hơn so với nhóm có chỉ số bình thường. Điều này phản ánh tỷ lệ tích tụ mỡ vùng bụng ở nhóm người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất. Kết quả này có thể được lý giải bởi đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu, trong đó phần lớn người bệnh nằm trong độ tuổi 40–60, tương ứng với giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh. Đây là thời kỳ xảy ra nhiều thay đổi nội tiết, đặc biệt là giảm nồng độ estrogen, dẫn đến thay đổi phân bố mỡ trong cơ thể với xu hướng tăng tích tụ mỡ vùng bụng và giảm mỡ dưới da vùng mông – đùi. Tình trạng phân bố mỡ trung tâm bất lợi này đã được nhiều nghiên cứu chứng minh là yếu tố nguy cơ của rối loạn chuyển hóa, bao gồm kháng insulin, tăng đường huyết, tăng triglycerid và viêm mạn tính – tất cả đều liên quan đến tăng nguy cơ mắc, tái phát và tử vong do ung thư vú.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 60% người bệnh có nguy cơ thiếu cơ khi đánh giá bằng chu vi vòng bắp chân, và 52,8% có cơ lực yếu theo đo lực bóp tay, phản ánh tỷ lệ suy giảm khối cơ và chức năng cơ khá cao trong nhóm người bệnh ung thư vú. Tình trạng thiếu cơ (sarcopenia) là một biến chứng dinh dưỡng – chức năng phổ biến ở người bệnh ung thư, đặc biệt trong các bệnh ung thư có quá trình điều trị kéo dài như ung thư vú. Thiếu cơ đã được chứng minh có liên

quan đến nguy cơ tiến triển hoặc tái phát bệnh, đồng thời tăng nguy cơ độc tính trong quá trình điều trị. Tỷ lệ người bệnh ung thư vú có nguy cơ thiếu cơ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với tỷ lệ trong một số nghiên cứu trên thế giới, dao động từ 10,1 đến 36,6% [8], điều này có thể lý giải do sự khác biệt về công cụ sàng lọc và cỡ mẫu của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp kết hợp đo cơ lực và chu vi bắp chân – hai chỉ số phản ánh trực tiếp chức năng và khối lượng cơ – giúp tăng độ nhạy trong phát hiện thiếu cơ. Trong khi đó, một số nghiên cứu khác sử dụng các công cụ sàng lọc như SARC-F hoặc SARC-CalF, chủ yếu được thiết kế cho nhóm người ≥ 60 tuổi, với độ nhạy thấp hơn ở các nhóm tuổi trẻ hơn hoặc các bệnh cảnh đặc thù như ung thư.

Trong nghiên cứu này, kết quả phân tích cho thấy người bệnh không duy trì thói quen tập thể dục đều đặn có nguy cơ thiếu cơ cao hơn 2,5 lần so với nhóm tập thể dục thường xuyên (OR = 2,5; 95% CI: 1,2–5,0). Kết quả này phù hợp với các bằng chứng khoa học trước đây đã chỉ ra rằng thiếu vận động thể lực là một trong những yếu tố nguy cơ chính góp phần vào sự suy giảm khối lượng và chức năng cơ ở người bệnh ung thư. Ngược lại, tập luyện thể dục đều đặn, bao gồm cả bài tập sức bền và kháng lực, đã được nhiều nghiên cứu chứng minh có thể cải thiện tốc độ tổng hợp protein cơ, làm giảm mức độ viêm toàn thân, đồng thời tăng độ nhạy insulin, từ đó góp phần bảo tồn hoặc cải thiện khối lượng và chức năng cơ xương. Trong nhóm người bệnh không tập thể dục, toàn bộ (100%) đều được ghi nhận có tình trạng thiếu cơ. Tuy nhiên, kết quả

phân tích cho thấy OR = 0,9 (95% CI: 0,6–1,5) với $p = 0,81$, như vậy, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Có thể lý giải rằng cỡ mẫu ở nhóm “không tập thể dục” quá nhỏ (chỉ gồm 3 bệnh nhân), dẫn đến hạn chế về sức mạnh thống kê và làm giảm khả năng phát hiện

mối liên quan thực sự. Đây cũng được xem là một hạn chế của nghiên cứu, cho thấy cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế phù hợp hơn để đánh giá rõ ràng mối liên quan giữa tình trạng vận động và nguy cơ thiếu cơ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy người bệnh ung thư vú điều trị hóa chất có tỷ lệ thừa cân, béo phì cao, đồng thời nguy cơ thiếu cơ cũng ở mức đáng kể. Điều này cho thấy

sự hiện diện của tình trạng sarcopenic obesity – vừa dư mỡ vừa giảm khối cơ – có thể ảnh hưởng bất lợi đến đáp ứng và hiệu quả điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Arnold M, Morgan E, Rumgay H, Mafra A, Singh D, Laversanne M, Vignat J, Gralow JR, Cardoso F, Siesling S, Soerjomataram I. Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. *Breast*. 2022;66:15-23.doi: 10.1016/j.breast.2022.08.010.
2. International Agency for Research on Cancer. Viet Nam – Global Cancer Observatory: Cancer Today (GLOBOCAN 2022). 2022; Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>.
3. Playdon MC, Bracken MB, Sanft TB, et al. Weight Gain After Breast Cancer Diagnosis and All-Cause Mortality: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107(12):djv275. doi:10.1093/jnci/djv275.
4. Hoang Ha Linh, Le Xuan Hung, Pham Quang Thai, et al. Nutritional status of breast cancer patients and the related factors at Vietnam National Cancer hospital in 2019-2020. *Journal of Preventive Medicine*. 2020;30(4):42-51.
5. Bộ y tế, Quyết định 2892/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì 2022, Bộ y tế.
6. Bộ y tế, Quyết định số 2598/QĐ-BYT, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về dinh dưỡng lâm sàng 2025, Bộ Y tế. p. 24.
7. Rose Berlin Piodena-Aportadera M, Lau S, Chew J, et al. Calf Circumference Measurement Protocols for Sarcopenia Screening: Differences in Agreement, Convergent Validity and Diagnostic Performance. *Ann Geriatr Med Res*. 2022;26(3):215-224. doi: 10.4235/agmr.22.0057..
8. de Souza Mamede VF, Bernabé RAM, Santos TG, da Silva LL, de Souza Vieira M, Marques-Rocha JL, Guandalini VR. Risk of sarcopenia in women with breast cancer: a comparative analysis of screening tools. *BMC Cancer*. 2025;25(1):839. doi: 10.1186/s12885-025-14062-7.