

KHẨU PHẦN 24 GIỜ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT THEO PHÁC ĐỒ XELOX TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2020-2021: NGHIÊN CỨU THEO DÕI DỌC

Nguyễn Thị Thúy[✉], Lê Thị Hương, Nguyễn Thị Thanh,
Nguyễn Minh Diệu

Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khẩu phần 24 giờ của người bệnh ung thư dạ dày điều trị hoá chất theo phác đồ XELOX sau phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K năm 2020-2021.

Phương pháp: Nghiên cứu theo dõi dọc trên 76 người bệnh ung thư dạ dày điều trị hoá chất hỗ trợ theo phác đồ XELOX tại bệnh viện K. Khẩu phần 24 giờ của mỗi người bệnh được thu thập và đối chiếu với nhu cầu khuyến nghị ESPEN 2017 về dinh dưỡng cho người bệnh ung thư tại 3 thời điểm: trước khi điều trị hóa chất đợt 1, đợt 4 và đợt 8 theo phác đồ.

Kết quả: Tại thời điểm trước khi điều trị hoá chất, tất cả người bệnh đều không đạt được nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và protein. Tổng năng lượng và các nhóm chất dinh dưỡng protein, glucid và lipid trong khẩu phần ăn tăng dần tại các thời điểm trước truyền hoá chất đợt 4, đợt 8. Tại mỗi thời điểm đánh giá tổng năng lượng đều thấp hơn không có ý nghĩa thống kê ở nhóm được phẫu thuật toàn bộ/gần toàn bộ dạ dày so với nhóm phẫu thuật cắt bán phần dạ dày ($p > 0,05$).

Kết luận: Người bệnh ung thư dạ dày điều trị hoá chất theo phác đồ XELOX sau phẫu thuật có tỉ lệ không đáp ứng nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và protein tương đối cao. Cần có can thiệp dinh dưỡng phù hợp cho người bệnh sau khi phẫu thuật để nâng cao tình trạng dinh dưỡng trước khi bước vào quá trình điều trị hoá chất.

Từ khóa: khẩu phần 24h, người bệnh ung thư dạ dày, điều trị hoá chất, phác đồ XELOX.

24-HOUR DIET OF GASTRIC CANCER PATIENTS TREATED BY XELOX CHEMOTHERAPY AT K HOSPITAL IN 2020-2021: A FOLLOW-UP STUDY

ABSTRACT

Aims: To assess the 24-hour dietary intake of gastric cancer patients receiving adjuvant XELOX chemotherapy following radical gastrectomy at K Hospital in 2020–2021.

Methods: A follow-up study was conducted on 76 gastric cancer patients receiving adjuvant chemotherapy of the XELOX regimen at the K hospital. Each patient's 24-hour diet was collected and compared with the 2017 ESPEN recommendations on nutrition for cancer patients at 3 time points: before chemotherapy treatment for the 1st, 4th and 8th cycles according to the regimen.

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thúy
Email: bsthu3012@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/959.

Nhận bài: 11/9/2025 Chính sửa: 30/10/2025
Chấp nhận đăng: 7/12/2025
Công bố online: 9/12/2025

Results: Prior to chemotherapy, none of the patients met the recommended energy and protein requirements. Total energy, protein, carbohydrate, and lipid intake increased gradually at the time points preceding the 4th and 8th chemotherapy cycles. At each assessment, total energy intake was not statistically significantly lower in patients who underwent total or near-total gastrectomy compared with those who underwent partial gastrectomy ($p > 0.05$).

Conclusion: The gastric cancer patients receiving adjuvant chemotherapy after surgery demonstrated a high rate of inadequate energy and protein intake. Targeted nutritional interventions are warranted to optimize nutritional status prior to the initiation of chemotherapy.

Keywords: 24-hour diet, gastric cancer patient, chemotherapy, XELOX regimen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư dạ dày là một trong các bệnh ung thư phổ biến nhất, đứng thứ 5 trong các bệnh lý ung thư phổ biến ở cả 2 giới. Các phương pháp điều trị ung thư dạ dày gồm có phẫu thuật, điều trị hoá chất và xạ trị. Trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị phổ biến nhất. Hoá trị hay xạ trị được chỉ định điều trị trong các trường hợp phẫu thuật không triệt căn hay giai đoạn có di căn hạch hay di căn xa gọi là điều trị bổ trợ.

Ung thư dạ dày là bệnh ung thư mà có tỉ lệ người bệnh suy dinh dưỡng cao do ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình tiêu hoá và hấp thu dinh dưỡng [1]. Trong quá trình điều trị phẫu thuật, người bệnh chịu sự thay đổi trong giải phẫu và sinh lý hấp thu dẫn đến khả năng ăn uống kém. Ngoài ra nếu bệnh nhân trải qua điều trị hoá trị hay xạ trị thường xuyên gặp các tác dụng phụ liên quan đến vấn đề tiêu hoá như nôn, buồn nôn, tiêu

chảy, táo bón, viêm niêm mạc miệng góp phần làm giảm khẩu phần ăn hằng ngày từ đó làm nặng hơn tình trạng suy dinh dưỡng, làm giảm chất lượng sống và hiệu quả điều trị. Nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh năm 2017 trên người bệnh ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng điều trị hoá chất tại bệnh viện đại học Y Hà Nội cho thấy mức năng lượng trung bình khẩu phần 1324 Kcal/ngày, chỉ có 36,4% người bệnh đạt mức nhu cầu khuyến nghị. Hiện tại chưa có nghiên cứu nào tại Bệnh viện K theo dõi khẩu phần của người bệnh ung thư dạ dày trong quá trình điều trị hoá chất phác đồ XELOX, do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá khẩu phần ăn của người bệnh ung thư dạ dày trước và trong quá trình điều trị hoá chất, từ đó có các đề xuất can thiệp dinh dưỡng phù hợp cho người bệnh để nâng cao hiệu quả điều trị.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc: theo dõi, đánh giá bệnh nhân trước và trong quá trình điều trị hoá chất. Quy trình nghiên cứu gồm 3 bước sau: Bước 1: Lựa

chọn các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu; Bước 2: Khám bệnh nhân trước khi điều trị hoá chất đợt 1, thu thập các thông tin chung, khai thác khẩu phần

24 giờ; Bước 3: Khám và phỏng vấn tương tự trước các đợt điều trị hoá chất 4 (T1) và đợt 8 (T2). Thời gian từ đợt điều

trị hoá chất đợt 1 đến đợt 8 khoảng hơn 5 tháng hoặc kéo dài hơn do ảnh hưởng bởi dịch Covid-19.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên bệnh nhân đã phẫu thuật UTDD sau đó điều trị hóa trị bổ trợ phác đồ XELOX tại khoa Nội 3- Bệnh viện K. Tiêu chuẩn lựa chọn: đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên; được chẩn đoán UTDD tiên phát đã khẳng định bằng giải phẫu bệnh điều trị hóa chất theo phác đồ XELOX với 8 chu kì sau phẫu thuật triệt căn và có hồ sơ lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện K.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Lấy tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu tại khoa Nội 3 bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 5/2020- tháng 4/2021. Lấy mẫu thuận tiện tất cả

Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng nghiên cứu bị loại khỏi nghiên cứu nếu có một trong các trường hợp sau: Hồ sơ lưu trữ ĐTNC không đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu; Có điều trị hoá chất trước phẫu thuật; Mắc các bệnh lý mạn tính cần tuân thủ chế độ dinh dưỡng nghiêm ngặt: đái tháo đường, bệnh lý gan, thận, gút; Không thể nghe hiểu và trao đổi thông tin được; Không thể đứng để cân đo hoặc bị mất chỉ ảnh hưởng đến số liệu cân đo.

2.4. Thu thập số liệu

Thực hiện cân trọng lượng cơ thể bằng cân Tanita Nhật Bản với độ nhạy 100g. Cân được đặt ở vị trí bằng phẳng và ổn định, chỉnh cân về số 0,0 kg. Trước khi cân, kiểm tra cân để kiểm soát độ chính xác và độ nhạy của cân. Khi cân, đối tượng mặc quần áo mỏng (quần áo bệnh viện), không mang các đồ vật khác (điện thoại, ví, giày dép, túi...), đã đi đại tiện tiện và đang đói (trước bữa ăn chính). Đối tượng đứng giữa bàn cân, không cử động, mắt nhìn thẳng, trọng lượng dồn đều vào hai chân. Kết quả được ghi theo đơn vị kilogram với 1 số lẻ.

Công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi nghiên cứu đã được xây dựng sẵn với những đặc thù cho nghiên cứu, dựa trên việc tham khảo các nghiên cứu trước đó và xin ý kiến chuyên gia. Bộ công cụ bao gồm: thông tin chung về ĐTNC; đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước mỗi đợt truyền hoá chất, bộ công cụ hỏi ghi khẩu phần 24 giờ, quyền ảnh dùng trong

người bệnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Kết quả có 76 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ đồng ý tham gia nghiên cứu.

điều tra khẩu phần(có mô phỏng dụng cụ ăn uống và lượng các loại thực phẩm thông dụng) và Phiếu ghi khẩu phần 24h.

Thực hiện điều tra khẩu phần 24h dùng để đánh giá khẩu phần 24h của đối tượng nghiên cứu. Trước khi đi vào phỏng vấn, bệnh nhân được giải thích rõ mục đích, ý nghĩa và tầm quan trọng của cuộc điều tra để bệnh nhân hiểu và cùng cộng tác nhằm đảm bảo tính xác thực của số liệu. Điều tra viên trực tiếp hỏi bệnh nhân tất cả các thực phẩm(bao gồm cả đồ uống) được đối tượng tiêu thụ trong 24 giờ kể từ lúc điều tra viên phỏng vấn trở về trước. Tên thực phẩm và số lượng sẽ được điều tra viên và đối tượng đối chứng trong quyền ảnh điều tra để ước tính chính xác nhất loại và lượng thực phẩm đã tiêu thụ trong 24 giờ. Các câu hỏi được hỏi tỉ mỉ để lấy thông tin chi tiết nhất về khẩu phần. Điều tra viên phải có thái độ thông cảm, ân cần, cởi mở... nhằm tạo cho bệnh nhân cảm giác tin tưởng, yên tâm và gần

gửi đề đối tượng trả lời một cách chính xác. Luôn đặt câu hỏi để kiểm tra độ chính xác, tránh những câu hỏi gợi ý hoặc điều chỉnh câu trả lời của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này, nhu cầu dinh dưỡng cho người bệnh được tính và đối chiếu theo khuyến nghị của ESPEN năm

2.5. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel, số liệu được làm sạch và đưa vào phân tích bằng phần mềm Stata 12.0. Sử dụng các test thống kê trong y học gồm: test χ^2 để so sánh 2 tỷ lệ, Fisher exact

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng thực sĩ của Viện Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội năm 2021. Thông báo mục đích nghiên cứu cho đối tượng nghiên cứu. Giữ bí mật các thông tin của các đối tượng tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi được giải

2017 về dinh dưỡng cho người bệnh ung thư, sử dụng 30 kcal/kg/ngày chung cho tất cả các bệnh nhân và tính tổng năng lượng dựa trên cân nặng chuẩn của từng đối tượng. Với nhu cầu khuyến nghị về protein chúng tôi sử dụng mức 1,5g/kg/ngày [1].

test nếu tần số lý thuyết dưới 5; T-test để so sánh 2 giá trị trung bình có phân bố chuẩn hoặc Mann - Whitney test với phân bố không chuẩn. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

thích ý nghĩa của nghiên cứu. Tất cả những trường hợp vì một lý do nào đó không muốn tham gia nghiên cứu, sau khi đã tư vấn và thuyết phục vẫn muốn bỏ cuộc được chấp nhận. Những bệnh nhân có nguy cơ SDD được tư vấn chế độ ăn phù hợp. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ việc sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=76)

Thông tin chung		Tần số (%)
Tuổi	18-39	5 (6,6)
	40-59	48 (63,2)
	≥ 60	23 (30,3)
	$\bar{X} \pm SD$	$53,6 \pm 9,3$
Giới tính	Nam	52 (68,4)
	Nữ	24 (31,6)
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II	25 (32,9)
	Giai đoạn III	51 (67,1)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt bán phần	45 (59,2)
	Cắt gần toàn bộ/ toàn bộ	31 (40,8)
Thời gian từ khi phẫu thuật đến khi truyền hoá chất đợt 1 ($\bar{X} \pm SD$)(ngày)		$32,7 \pm 5,7$
Cân nặng(kg)		$50,3 \pm 6,0$

Trong số 76 người bệnh tham gia vào nghiên cứu, nhóm tuổi 40-59 chiếm tỉ lệ cao nhất 63,2% (48 bệnh nhân), nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn (68,4%). Đối tượng tham gia nghiên cứu là người bệnh ung thư dạ dày phát

hiện bệnh ở giai đoạn III chiếm tỉ lệ cao hơn (67,1%). Thời gian trung bình từ lúc mổ đến khi bệnh nhân bắt đầu điều trị hoá chất đợt I là 32,7 ngày. Cân nặng trung bình của người bệnh là 50,3 kg.

Bảng 2. Giá trị dinh dưỡng của khẩu phần 24h trước mỗi đợt điều trị hoá chất

	Năng lượng (kcal/ ngày)	Protein (g/ngày)		Lipid (g/ngày)		Glucid (g/ngày)
		Tổng số	Nguồn động vật	Tổng số	Nguồn động vật	
Trước khi điều trị hóa chất đợt 1 (T0), (n=76)						
Chung (n=76)	869,2± 170,2	44,4± 7,1	32,9± 6,16	26,1± 11,0	19,9± 6,9	115,2± 23,9
Nam (n=52)	905,6± 179,2	46,5± 7,8	34,9± 7,38	28,0± 12,0	21,2± 8,6	117,7± 23,4
Nữ (n=24)	852,4± 164,9	43,5± 6,7	32,1± 5,4	25,2± 10,4	19,3± 5,9	114,0± 24,2
<i>p</i>	0,100					
Trước khi điều trị hóa chất đợt 4 (n=66)						
Chung (n=66)	1333,6± 311,4	66,8± 15,9	43,5± 12,6	27,1± 10,42	21,7± 10,4	205,4± 56,1
Nam (n=44)	1348,2± 334,6	66,4± 16,4	43,1± 12,3	27,4± 10,5	22,3± 10,2	208,5± 59,4
Nữ (n=22)	1307,5± 260,1	67,3± 14,9	43,6± 13,4	25,6± 10,3	19,8± 10,4	201,9± 47,7
<i>p</i>	0,300					
Trước khi điều trị hóa chất đợt 8 (n=58)						
Chung (n=58)	1565,8± 310,3	75,1± 16,4	46,5± 13,3	32,0± 10,2	26,4± 9,6	243,8± 57,8
Nam (n=37)	1581,3± 361,5	74,1± 15,1	45,2± 11,4	32,0± 11,4	26,6± 10,6	248,0± 64,9
Nữ (n=21)	1549,6± 207,6	76,7± 18,5	48,6± 16,1	31,2± 8,3	25,2± 8,1	240,5± 45,3
<i>p</i>	0,400					

Điều tra khẩu phần 24 giờ của đối tượng nghiên cứu 1 ngày trước khi điều trị hoá chất đợt 1, 4, 8 cho thấy tổng năng lượng trung bình ở cả 2 giới lần lượt là

869,2±170,2kcal/người/ngày,
1333,6±311,4 kcal/người/ ngày và
1565,8±310,3 kcal/người/ngày. Tổng giá
trị năng lượng và các thành phần dinh

dưỡng như protein toàn phần, protein
động vật, lipid toàn phần, lipid động vật,
glucid đều cho kết quả tăng dần từ thời
điểm T0 đến T2.

Bảng 3. Giá trị dinh dưỡng của khẩu phần 24h trước mỗi đợt điều trị hoá chất theo phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Năng lượng (kcal/ngày)	Protein (g/ ngày)		Lipid (g/ ngày)		Glucid (g/ ngày)
		Tổng số	Nguồn động vật	Tổng số	Nguồn động vật	
Trước khi điều trị hóa chất đợt 1 (T0), (n=76)						
Bán phần (n=45)	881,3±	44,6±	33,2±	27,2±	20,3±	114,7±
	171,0	6,9	5,8	11,2	7,1	22,9
Toàn phần/ Gần toàn bộ (n=31)	850,6±	44,1±	32,5±	24,4±	19,3±	116,0±
	170,0	7,6	6,8	10,5	6,7	25,7
p	0,14					
Trước khi điều trị hóa chất đợt 4 (n=66)						
Bán phần (n=40)	1367,1±	68,3±	44,0±	26±	20,7±	214,8±
	284,2	13,9	12,1	10,9	11,1	51,9
Toàn bộ/ Gần toàn bộ (n=28)	1284,8±	64,4±	42,1±	28,1±	22,6±	193,3±
	345,2	18,4	13,3	9,7	8,9	60,5
p	0,16					
Trước khi điều trị hóa chất đợt 8 (n=58)						
Bán phần (n=35)	1602,0±	75,2±	46,3±	30,9±	25,6±	255,7±
	321,3	16,1	13,0	9,7	9,9	59,6
TB/ GTB (n=23)	1515,7±	74,9±	46,8±	33,0±	26,9±	228,0±
	291,0	17,2	14,2	11,1	9,3	51,9
p	0,14					

Đánh giá khẩu phần 24 giờ theo nhóm các bệnh nhân phẫu thuật cắt bán phần dạ dày và cắt toàn bộ/ gần toàn bộ cho thấy ở cả 2 nhóm tổng năng lượng trung bình đều tăng từ T0 đến T1 và T2. Tại mỗi thời điểm đánh giá tổng năng lượng đều thấp

hơn ở nhóm được phẫu thuật toàn bộ/gần toàn bộ dạ dày, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tương tự với các thành phần dinh dưỡng: protein, lipid, glucid các giá trị tăng dần ở các nhóm đối tượng từ thời điểm T0 đến T2.

Bảng 4. Mức độ đáp ứng của khẩu phần so với nhu cầu khuyến nghị

Tỷ lệ đạt mức khuyến nghị	T0 (n=76)		T1 (n=66)		T2 (n=58)	
	n	%	n	%	n	%
Năng lượng (kcal/ ngày)						
≥75%	2	2,6	36	54,6	50	86,2
50-75%	38	50	29	43,9	7	12,1
< 50%	36	47,4	1	1,5	1	1,7
Protein (g/ngày)						
≥75%	3	4,0	37	56,1	47	81,0
50-75%	44	57,9	26	39,4	10	17,2
< 50%	29	38,2	3	4,6	1	1,7

T0: trước khi điều trị hoá chất. T1: trước khi điều trị hoá chất đợt 4. T2: trước khi điều trị hoá chất đợt 8.

Đánh giá tỉ lệ đáp ứng nhu cầu khuyến nghị tại các thời điểm nghiên cứu cho thấy tại thời điểm T0 chỉ có 2,6% bệnh nhân đáp ứng trên 75% nhu cầu năng lượng và 4,0 % bệnh nhân đáp ứng trên 75% nhu cầu về protein. Tại thời điểm T0 chủ yếu các bệnh nhân đáp ứng 50-75% nhu cầu năng lượng và protein, chiếm tỉ lệ lần lượt là 50% và

57,9%. Tại T1 và T2 tăng dần tỉ lệ bệnh nhân đạt trên 75% nhu cầu năng lượng và protein. Tại T2, có 86,2% bệnh nhân đạt từ 75% nhu cầu năng lượng khuyến nghị trở lên và 81,0% bệnh nhân đạt từ 75% nhu cầu về protein, chỉ còn 1,7% bệnh nhân đạt dưới 50% nhu cầu về năng lượng và protein.

Bảng 5. Tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng nhu cầu khuyến nghị theo phương pháp phẫu thuật và nhóm tuổi

	T0	T1	T2
Phương pháp phẫu thuật			
Cắt gần toàn bộ/toàn bộ	0 (0,0)	4 (40,0)	8 (36,4)
Cắt bán phần	0 (0,0)	6 (60)	14 (63,6)
p	1,0	0,9	0,7
Nhóm tuổi			
<60	0 (0,0)	6 (60,0)	14 (63,64)
≥60	0 (0,0)	4 (40,0)	8 (36,36)
p	1,0	0,6	0,8

T0: trước khi điều trị hoá chất. T1: trước khi điều trị hoá chất đợt 4. T2: trước khi điều trị hoá chất đợt 8.

Đánh giá tỉ lệ đáp ứng nhu cầu khuyến nghị tại các thời điểm nghiên cứu cho thấy tại thời điểm T0 chỉ có 2,6% bệnh nhân đáp ứng trên 75% nhu cầu năng lượng và 4,0 % bệnh nhân đáp ứng trên 75% nhu cầu về protein. Tại thời điểm T0 chủ yếu các bệnh nhân đáp ứng 50-75% nhu cầu năng lượng và protein, chiếm tỉ

lệ lần lượt là 50% và 57,9%. Tại T1 và T2 tăng dần tỉ lệ bệnh nhân đạt trên 75% nhu cầu năng lượng và protein. Tại T2, có 86,2% bệnh nhân đạt từ 75% nhu cầu năng lượng khuyến nghị trở lên và 81,0% bệnh nhân đạt từ 75% nhu cầu về protein, chỉ còn 1,7% bệnh nhân đạt dưới 50% nhu cầu về năng lượng và protein.

V. BÀN LUẬN

Khẩu phần 24h của bệnh nhân trước điều trị hoá chất trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị năng lượng trung bình, giá trị protein, lipid, glucid tương đối thấp. Trong đó bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dạ dày có trung bình năng lượng cao hơn so với bệnh nhân cắt dạ dày toàn bộ. Tuy nhiên không có bệnh nhân nào đạt nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị tại thời điểm này. Nguyên nhân là do các bệnh nhân đều vừa trải qua phẫu thuật cắt dạ dày, sau phẫu thuật khẩu phần ăn của người bệnh bị thay đổi nhiều do các thay đổi về giải phẫu, sinh lý. Hầu hết sau phẫu thuật 3-4 tuần, người bệnh đang trong giai đoạn tập ăn. Khẩu phần ăn chủ yếu hằng ngày của bệnh nhân giai đoạn là ăn cháo, súp, bún/ phở, hoặc bắt đầu tập ăn cơm. Năng lượng từ cháo là rất thấp và hầu hết bệnh nhân đều không uống đủ lượng sữa theo nhu cầu để đạt năng lượng khuyến nghị. Một số bệnh nhân có khả năng ăn tốt hơn thì lượng cơm ăn được mỗi bữa cũng chưa nhiều. Giai đoạn này người bệnh được chăm sóc tại gia đình nên hầu hết không được theo dõi và can thiệp dinh dưỡng bởi chuyên gia nên ăn uống thường theo nhu cầu, mức độ tuân thủ theo lời khuyên của bác sĩ dinh dưỡng sau phẫu thuật chưa cao. Kết quả này đều như nhau ở các nhóm bệnh nhân với phương pháp phẫu thuật khác nhau, giới đều không có bệnh nhân nào đạt đủ theo nhu cầu khuyến nghị của ESPEN.

So sánh với 1 số nghiên cứu khác trên bệnh nhân ung thư: thấp hơn so với đánh giá của Phan Thị Bích Hạnh trên bệnh nhân ung thư đang điều trị hoá chất là 1323,9 kcal/ ngày trong đó với bệnh nhân ung thư dạ dày năng lượng trung bình là 1284,7 kcal/ ngày, lượng các thành phần dinh dưỡng gồm protein, glucid, lipid trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp

hơn [2]. Tương tự như vậy khi so sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tú Ngọc tại bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hoá đang điều trị hoá chất cho kết quả khẩu phần năng lượng trung bình đạt 1393,9 kcal/ngày, protein đạt 62,7 g/ngày, có 36,5% đối tượng nghiên cứu đáp ứng đủ nhu cầu khuyến nghị [3]. Một nghiên cứu khác của Phan Diệu Ngọc trên bệnh nhân ung thư đầu mặt điều trị hoá chất tại bệnh viện ung bướu Nghệ An năm 2024 tổng năng lượng trung bình đạt 1599,75 trong đó 35,3% bệnh nhân đạt nhu cầu khuyến nghị [4].

Trong quá trình điều trị hoá chất, năng lượng trong khẩu phần ăn của bệnh nhân có xu hướng tăng lên tại T1 và T2 ở cả 2 giới. Tại thời điểm này kết quả tổng năng lượng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu nói trên. Kết quả này có thể thấy bệnh nhân đáp ứng tương đối tốt với liệu trình điều trị, khả năng ăn uống và tiêu hoá của bệnh nhân được cải thiện. Cụ thể tại thời điểm T1 đã có 54,6% bệnh nhân đạt nhu cầu năng lượng khuyến nghị từ 75% trở lên, 56,1% bệnh nhân đạt nhu cầu về protein. Tại T2 số bệnh nhân đạt > 75% nhu cầu năng lượng là 86,2%, và 81,0 % bệnh nhân đạt $\geq 75\%$ nhu cầu về protein. Tuy nhiên kết quả này có thể bị ảnh hưởng do 1 số bệnh nhân không thể tiếp tục điều trị hoá chất do thể trạng yếu/ không đáp ứng với điều trị. Do vậy số lượng bệnh nhân tham gia nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được tại thời điểm trước điều trị hoá chất đợt 4 và đợt 8 lần lượt là 66 và 58, giảm so với lượng bệnh nhân tham gia nghiên cứu thời điểm T0 là 76. Tỷ lệ người bệnh đạt nhu cầu khuyến nghị thấp ở thời điểm T0, T1 cho thấy sự cần thiết của việc tư vấn và can thiệp dinh dưỡng kịp thời cho

người bệnh sau phẫu thuật dạ dày, xem xét bổ sung dinh dưỡng ONS trong giai đoạn tập ăn sau phẫu thuật để đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và protein. Điều này có ý nghĩa trong việc phục hồi và nâng cao thể trạng cho người bệnh, đặc biệt với người bệnh tiếp tục điều trị hoá chất là quá trình điều trị tương đối kéo dài và có thể gặp nhiều tác dụng phụ trong quá trình điều trị ảnh hưởng đến khẩu phần ăn và tình trạng dinh dưỡng.

Mức năng lượng trung bình tại T1 tương đương với 1 số nghiên cứu khác như: nghiên cứu của Phạm Thu Hương trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng điều trị hoá chất tại bệnh viện Bạch Mai năm 2013 là 1365,5 kcal/ngày [5]. Và cao hơn nghiên cứu của Mittu Mohan trên 80 bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Ấn Độ ($1165,1 \pm 539,1$ kcal/ngày)[6]. Kết quả thấp hơn trong nghiên cứu trước đó tại khoa ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2015 ($1437,2 \pm 728,5$)[7]. Tuy nhiên tại T2 trước khi kết thúc liệu trình điều trị hoá chất, mức năng lượng đã tăng lên trung bình là 1565 kcal/ người/ ngày gần tương đương với nghiên cứu của Surwillo trên bệnh nhân ung thư phổi, vú, xương, mô mềm là 1608 kcal/ ngày[8] và cao hơn các nghiên cứu khác về khẩu phần của bệnh nhân ung thư nói trên.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy người bệnh ung thư dạ dày điều trị hoá chất hỗ trợ sau phẫu thuật có tỉ lệ không đáp ứng nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và protein tương đối cao. Tỉ lệ người bệnh không đáp ứng nhu cầu khuyến nghị cao nhất ở thời điểm sau khi phẫu thuật, chuẩn bị điều trị hoá chất. Tổng giá trị năng lượng và các chất dinh dưỡng trong khẩu phần

So sánh giữa khẩu phần của nhóm các bệnh nhân sau cắt bán phần dạ dày và toàn bộ/ gần toàn bộ cho thấy tại cả 3 thời điểm T0, T1, T2 năng lượng trung bình và giá trị về lượng protein, lipid, glucid ở nhóm sau phẫu thuật bán phần dạ dày đều cao hơn so với nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ/ gần toàn bộ, tỉ lệ bệnh nhân đạt nhu cầu theo khuyến nghị cũng cao hơn ở nhóm cắt bán phần dạ dày. Kết quả tương tự khi đánh giá mức độ đáp ứng nhu cầu khuyến nghị đều tăng lên ở các bệnh nhân ở các nhóm phẫu thuật khác nhau, các nhóm tuổi ≥ 60 tuổi và < 60 tuổi. Điều này có thể giải thích rằng trong khoảng thời gian điều trị hoá chất cũng là thời gian bệnh nhân đang tăng dần năng lượng trong chế độ ăn sau một cuộc phẫu thuật dạ dày. Có thể ở những bệnh nhân cắt dạ dày bán phần khả năng ăn uống của bệnh nhân được hồi phục nhanh và tốt hơn nên mức năng lượng và các thành phần dinh dưỡng được cung cấp cũng cao hơn so với các bệnh nhân đã cắt dạ dày hoàn toàn. Cần có những nghiên cứu theo dõi thời gian dài hơn sau điều trị hoá chất để đánh giá khẩu phần ăn của 2 nhóm bệnh nhân có sự khác biệt hay không để đề xuất những can thiệp dinh dưỡng sớm và phù hợp khác nhau giữa từng nhóm bệnh nhân.

ăn của người bệnh cải thiện hơn ở thời điểm trước điều trị hoá chất đợt 4 và đợt 8. Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy sự quan trọng của công tác tư vấn và can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh sau phẫu thuật để nâng cao tình trạng dinh dưỡng trước khi bước vào quá trình điều trị hoá chất và theo dõi, can thiệp xuyên suốt trong quá trình điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36(1):11–48. doi: 10.1016/j.clnu.2016.07.015.
2. Phan Thị Bích Hạnh. 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. *Luận văn Thạc sĩ Dinh dưỡng, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội, 2017.*
3. Nguyễn Thị Tú Ngọc, Nguyễn Hải Yến, Hà Văn Sơn, Đoàn Thị Huệ. Khẩu phần ăn của người bệnh ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp Chí Y học Việt Nam.* 2025;548(3): 287-290.
4. Phan Diệu Ngọc và cs. Khẩu phần ăn 24 giờ của bệnh nhân ung thư vùng đầu cổ đang điều trị tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2024. *Tạp Chí Dinh Dưỡng Và Thực Phẩm.* 2025;21(4):123–132. doi: 10.56283/1859-0381/933.
5. Phạm Thị Thu Hương và cs, “Thực trạng dinh dưỡng, kiến thức, thực hành dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đại-trực tràng điều trị hóa chất tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai”, *Tạp Chí Dinh Dưỡng Và Thực Phẩm.* 2013;9(4):34–40.
6. Mittu Mohan , Jidhi Elsa John. Nutritional Status of Colorectal Cancer (CRC) Patients Undergoing Conventional Cancer Therapies. *IOSR J Nurs Health Sci.* 2013;3(1):31–36. doi: 10.9790/1959-03113136.
7. Nguyen Thi Nhung. Nutritional status and dietary intake of cancer patients receiving chemotherapy in HaNoi Medical university hospital. 2015, *Bachelor of Science Nursing, Hanoi Medical University, Ha Noi.*
8. Surwillo A và Wawrzyniak A. Nutritional assessment of selected patients with cancer. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2013; 64(3):225–233.