

RESULTS OF POSITIVE NUTRITIONAL SUPPORT ON PATIENTS WITH ESOPHAGEAL CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2024

Le Thi Loc*, Nguyen Viet Binh, Nguyen Thi To Uyen, Chu Van Trung, Tran Ngoc Hieu

Nghe An Oncology Hospital – 150 Nguyen Phong Sac, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam

Received: 16/04/2025

Revised: 26/04/2025; Accepted: 09/05/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of active nutritional support on the nutritional status of esophageal cancer patients at Nghe An Oncology Hospital.

Materials and methods: This interventional study employed a pre - post evaluation on the same group, conducted on 63 esophageal cancer patients treated at Nghe An Oncology Hospital from 03/2024 to 09/2024.

Results: The average age of patients was $60,9 \pm 7,4$ years, with 100% were male. The majority were in the late stages (III - IV), accounting for 92,1%, with 84,1% experiencing dysphagia symptoms. The rate of patients that lost $> 10\%$ of their weight in 6 months was 44%. Post - intervention, the nutritional status of the patients improved significantly in terms of diet, with the rate of meeting recommended energy needs, increasing from 25,4% to 54%; Achieving the recommended amount of protein increased from 23,8% to 50,8% ($p < 0.001$). The average weight increased slightly from $51,8 \pm 7,6$ kg to $52,0 \pm 7,7$ kg. The rate of malnutrition according to PG - SGA before and after the intervention decreased from 76,2% to 71,4%, with improvement in the well - nourished group PG SGA - A and the moderate malnutrition group PG SGA - B. However, there was no improvement in the severe malnutrition group PGSGA - C ($p > 0,05$).

Conclusion: Effective nutritional support plays a crucial role in reducing malnutrition risk in patients with esophageal cancer. Oncological patients need to be informed about the consequences of weight loss and low - threshold access to nutritional counseling needs to be comprehensively implemented.

Keywords: Esophageal cancer, malnutrition, PG - SGA.

*Corresponding author

Email: locyhct94@gmail.com Phone: (+84) 968770688 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD7.2416>

KẾT QUẢ HỖ TRỢ DINH DƯỠNG TÍCH CỰC TRÊN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2024

Lê Thị Lộc*, Nguyễn Viết Bình, Nguyễn Thị Tô Uyên, Chu Văn Trung, Trần Ngọc Hiếu

Bệnh viện Ung bướu Nghệ An – 150 Nguyễn Phong Sắc, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/04/2025

Chỉnh sửa ngày: 26/04/2025; Ngày duyệt đăng: 09/05/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của hỗ trợ dinh dưỡng tích cực đối với tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư thực quản hóa xạ trị tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, đánh giá trước sau trên cùng một nhóm, thực hiện trên 63 người bệnh ung thư thực quản điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 03/2024 đến tháng 09/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình là $60,9 \pm 7,4$; 100% là nam giới. Phần lớn ở giai đoạn muộn (III - IV) chiếm 92,1%, trong đó 84,1% có triệu chứng nuốt nghẹn. Tỷ lệ sụt cân > 10% trong 6 tháng chiếm 44%. Sau can thiệp, tỷ lệ đáp ứng năng lượng khuyến nghị tăng từ 25,4% lên 54%; protein theo khuyến nghị tăng từ 23,8% lên 50,8%, ($p < 0,001$). Cân nặng trung bình tăng nhẹ $51,8 \pm 7,6$ kg tăng lên $52,0 \pm 7,7$ kg. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo PG - SGA trước và sau can thiệp giảm từ 76,2% xuống 71,4%; với sự cải thiện ở nhóm có dinh dưỡng tốt và nhóm SDD mức độ vừa. Tuy nhiên, không có sự cải thiện ở nhóm SDD nặng (với $p > 0,05$).

Kết luận: Hỗ trợ dinh dưỡng tích cực là vấn đề cần thiết nhằm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh ung thư thực quản. Cung cấp thông tin về vấn đề giảm cân cho người bệnh cần được triển khai thực hiện một cách toàn diện và có hệ thống.

Từ khóa: Ung thư thực quản, suy dinh dưỡng, PG - SGA.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư thực quản (UTTQ) là loại ung thư phổ biến thứ 11 và đứng thứ 7 về nguyên nhân gây tử vong do ung thư trên toàn cầu. Tại Việt Nam, số ca mắc mới và tử vong gần tương đương (3.686 ca và 3.470 ca), bệnh thường gặp ở nam giới [1].

UTTQ thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, với các biểu hiện nuốt nghẹn, giảm cân và suy dinh dưỡng (SDD) rất phổ biến. SDD liên quan đến ung thư đặc trưng bởi giảm cân không chủ ý và mất khối cơ xương; đây là những đặc điểm của suy mòn do ung thư làm tăng các biến chứng của phẫu thuật cũng như liều độc tính giới hạn trong hoá trị, giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) và tăng tỷ lệ tử vong [2]. Suy mòn do ung thư là hội chứng đặc trưng bởi sự giảm cân tiến triển, không thể đảo ngược bằng hỗ trợ dinh dưỡng thông thường [3], ước tính có khoảng 10 - 20% người bệnh tử vong do SDD hơn là do chính khối u [4].

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước chứng minh rằng, can thiệp dinh dưỡng tích cực có vai trò quan trọng làm chậm tiến trình giảm cân, trì hoãn sự xuất

hiện và tiến triển của suy mòn [5], [6]. Hơn nữa theo khuyến cáo của ESPEN, người bệnh ung thư đang điều trị xạ trị cần được tư vấn dinh dưỡng đầy đủ [4].

Can thiệp bằng tư vấn và hướng dẫn chế độ ăn giàu năng lượng và protein được xem là biện pháp khả thi, giúp cải thiện tình trạng SDD và nâng cao CLCS cho người bệnh ung thư [4].

Tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An, chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng và can thiệp dinh dưỡng tích cực trên người bệnh UTTQ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư thực quản tại khoa Nội 1 - Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 03/2024 đến tháng 09/2024.

2. Đánh giá kết quả can thiệp dinh dưỡng trên nhóm người bệnh nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: locyhct94@gmail.com Điện thoại: (+84) 968770688 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD7.2416>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp, đánh giá trước sau trên cùng một nhóm người bệnh.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người bệnh từ 18 tuổi trở lên. Được chẩn đoán xác định là UTTQ, đang điều trị hóa xạ trị và nuôi dưỡng đường tiêu hóa (ăn qua đường miệng, sonde).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn, rối loạn nhận thức, bỏ điều trị hoặc không đầy đủ hồ sơ.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

- Thời gian nghiên cứu: từ 03/2024 đến 09/2024.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

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

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; p là tỷ lệ người bệnh ung thư có nguy cơ bị SDD theo PG - SGA, lấy từ nghiên cứu trước p = 0,824 [6]; α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó, $Z(1 - \alpha/2) = 1,96$; $\epsilon = 0,12$. Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là n = 61.

Cách chọn mẫu: chọn mẫu chủ đích tất cả những người bệnh UTTQ điều trị hóa xạ trị thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trên vào nghiên cứu can thiệp. Thực tế can thiệp trên 63 người bệnh.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập dữ liệu trực tiếp và theo dõi trong suốt thời gian nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu, kết hợp cân đo và kết quả cận lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

2.6. Các tiêu chuẩn đánh giá

2.6.1. Tình trạng dinh dưỡng

- Chỉ số khối cơ thể BMI (kg/m^2): theo tiêu chuẩn dành cho người trưởng thành Châu Á: SDD khi ($\text{BMI} < 18,5$), Bình thường khi ($18,5 \leq \text{BMI} \leq 22,9$) và Thừa cân khi ($\text{BMI} \geq 23$).

- Phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan PG - SGA (Patient - Generated Subjective Global Assessment), với 3 mức độ SDD là A (dinh dưỡng tốt), B (SDD nhẹ hoặc vừa), C (SDD nặng).

2.6.2. Cận lâm sàng

- Albumin $< 35 \text{ g/l}$ được coi là SDD. Hemoglobin dưới 130g/l ở nam trưởng thành, dưới 120g/l ở nữ trưởng thành bị coi là thiếu máu.

2.6.3. Các bước tiến hành

- Bước 1. Người bệnh nhập viện được lựa chọn vào nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn lựa.

- Bước 2. Người bệnh được đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) bằng các chỉ tiêu nhân trắc, PG - SGA, CLCS và các chỉ số xét nghiệm trong vòng 24 giờ đầu. Phân loại - chẩn đoán TTDD và tiến hành tư vấn dinh dưỡng cho từng người bệnh.

- Bước 3. Lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng

+ Giáo dục sức khỏe đóng vai trò thiết yếu trong việc nâng cao nhận thức của người bệnh và người chăm sóc về các hành vi tự chăm sóc, đặc biệt trong bối cảnh quản lý giảm cân ở người bệnh ung thư, một vấn đề then chốt trong hội chứng suy mòn. Dựa trên khuyến nghị của ESMO (2021) [3], giáo dục được thiết kế phù hợp với từng giai đoạn của suy mòn, giúp người bệnh tiếp cận thông tin sức khỏe chính xác về dinh dưỡng, kiểm soát cân nặng và vai trò của vận động thể chất.

+ Mục tiêu là hỗ trợ người bệnh duy trì năng lượng, dinh dưỡng và khả năng ăn uống, đồng thời khuyến khích người bệnh tham gia các bữa ăn cùng gia đình, với mọi người – yếu tố góp phần nâng cao sức khỏe tinh thần và CLCS.

+ Thực hiện song song 2 hình thức:

++ Dinh dưỡng phân tầng: truyền thông theo từng nhóm người bệnh, định kỳ 1 lần/tuần;

++ Dinh dưỡng cá thể hóa: tư vấn dinh dưỡng chuyên sâu cho từng người bệnh (1 lần/tuần). Dựa trên tình trạng bệnh lý, thói quen ăn uống, sở thích,... Từ đó, có căn cứ để đưa ra lời khuyên, hướng dẫn lựa chọn thực phẩm cao năng lượng - protein, bổ sung dinh dưỡng đường uống (ONS) giàu protein, leucine, vitamin D,... và các thực phẩm tăng đậm độ năng lượng (ví dụ: dầu oliu, bột MCT...trộn vào súp bơm sonde) và cung cấp thực đơn mẫu cho người bệnh.

++ Thực đơn được cá thể hóa cho từng người bệnh dựa trên nhu cầu khuyến nghị (NCKN) theo ESPEN: với năng lượng: $30 \text{ kcal}/\text{kg}/\text{ngày}$, Protein: $1,2 - 1,6 \text{ g}/\text{kg}/\text{ngày}$. Lipid chiếm 25 - 30% và Glucid chiếm 50 - 55% tổng năng lượng [4]. Liệu pháp dinh dưỡng y học được chỉ định khi người bệnh không thể đạt $\geq 50\%$ nhu cầu trong 1 tuần hoặc chỉ đạt 50-75% trong 2 tuần.

+ Người bệnh nuôi qua sonde được sàng lọc và theo dõi chứng khó nuốt; hướng dẫn bảo tồn chức năng nuốt cải thiện, người bệnh có thể ngừng bơm sonde và chuyển sang ăn đường miệng với chế độ ăn mềm. Chế độ ăn được nhà ăn bệnh viện cung cấp theo mã ký hiệu

quy định, phù hợp với tình nuốt của NB: cứng (nghen độ 0, độ 1), mềm (chuyển tiếp nuôi dưỡng), lỏng (nghen độ 3).

- Bước 4. Theo dõi, đánh giá được thực hiện bởi nhóm nghiên cứu và nhân viên y tế khoa Nội 1. Theo dõi các triệu chứng tiêu hóa và mức độ tuân thủ được thực hiện bởi điều dưỡng phụ trách buồng người bệnh nằm điều trị trong thời gian nội trú. Người bệnh được cung cấp thực đơn mẫu và hướng dẫn thực hiện chế độ ăn cá thể hóa để thực hiện tại nhà trước khi xuất viện và được gọi điện 1 lần/tuần để theo dõi cân nặng và tư vấn dinh dưỡng nếu cần.

- Bước 5. Đánh giá lại TTDD của người bệnh mỗi đợt điều trị. Điều chỉnh can thiệp nếu cần.

- Bước 6. Đánh giá lại TTDD của người bệnh sau 1 tháng can thiệp.

2.7. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng SPSS 27.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu của Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An thông qua. Các thông tin thu thập chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 63)

Đặc điểm		n (%) hoặc Main ± SD
Chung	Giới: Nam	63 (100)
	Tuổi, năm# (min - max)	60,9 ± 7,4 (46 - 76)
	Thời gian phát hiện bệnh (tháng)#	5,57 ± 4,1
Giảm cân	Giảm cân > 5% trong 1 tháng	34 (19,1)
	Giảm > 10% trong 6 tháng	28 (44,1)
Đường nuôi dưỡng	Đường miệng	42 (66,7)
	Sonde	7 (11,1)
	Kết hợp	14 (22,2)
Thói quen	Số bữa ăn mỗi ngày (bữa) #	3,73 ± 0,6
	Sử dụng sữa phù hợp với bệnh lý	13 (20,6)
	Có kiểm tra cân nặng định kỳ	17 (27,0)

#Main ± SD

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% đối tượng là nam giới. Tuổi trung bình là 60,9. Có 19,1% giảm > 5% trong 1 tháng và 44,1% giảm > 10% trong 6 tháng gần đây Phần lớn người bệnh ăn qua đường miệng chiếm 66,7%, với số bữa ăn trung bình 3,73 bữa/ngày. Chỉ 20,6% người bệnh sử dụng sữa chuyên biệt phù hợp với tình trạng bệnh, và 27% có thói quen theo dõi cân nặng định kỳ. Thời gian từ khi phát hiện hoặc điều trị bệnh đến lúc tham gia nghiên cứu là 5,57 tháng.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng theo PG - SGA và nguy cơ SDD (n = 63)

Đặc điểm		n(%)			p
		PG - SGA A	PG - SGA B	PG - SGA C	
Tuổi	40 - 59 (n = 28)	4 (14,3)	18 (64,3)	6 (21,4)	0,009*
	≥ 60 (n = 35)	11 (31,4)	9 (25,7)	15 (42,9)	
Nuốt nghẹn	Độ 0 (n = 10)	8 (80,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	< 0,001
	Độ 1 (n = 32)	7 (21,9)	17 (53,1)	8 (25,0)	
	Độ 2 (n = 14)	0 (0,0)	7 (50,0)	7 (50,0)	
	Độ 3 (n = 7)	0 (0,0)	1 (14,3)	6 (85,7)	

Fisher's Exact Test *Chi square test

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy 76,2% người bệnh bị SDD, trong đó 33,3% SDD nặng. Có 84,1% người bệnh nuốt nghẹn. Nguy cơ SDD tăng ở những người bệnh tuổi cao, mức độ nuốt nghẹn tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3. Mối liên quan của một số yếu tố với nguy cơ SDD của theo PG - SGA

Đặc điểm lâm sàng		Không SDD n (%)	Có SDD n (%)	OR (95% CI)
Giai đoạn bệnh	II (n = 5)	4 (80,0)	1 (20,0)	1
	III (n = 17)	4 (23,5)	13 (76,5)	13 (1,1 - 152,4)
	IV (n = 41)	7 (17,1)	34 (82,9)	19,4 (1,9 - 201,2)
Điều trị	Hóa xạ trị (n = 22)	9 (40,9)	13 (59,1)	1
	Khác (n = 7)	2 (28,6)	5 (71,4)	1,7 (0,3 - 10,9)
	PT, Hóa xạ trị (n = 34)	4 (11,8)	30 (88,2)	5,2 (1,4 - 19,9)

Đặc điểm lâm sàng		Không SDD n (%)	Có SDD n (%)	OR (95% CI)
Thay đổi cân nặng trong 6 tháng	Không giảm (n = 10)	7 (70,0)	3 (30,0)	1
	< 5% (n = 11)	4 (36,4)	7 (63,6)	4,1 (0,7 – 25,4)
	5 - 10% (n = 14)	2 (14,3)	12 (85,7)	14,0 (1,9 – 105,3)
	> 10% (n = 28)	2 (7,1)	26 (92,9)	30,3 (4,2 – 218,4)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy 92,1% người bệnh ở giai đoạn (III - IV), trong đó giai đoạn IV chiếm 65,1%. Tỷ lệ người bệnh đã điều trị phẫu thuật phối hợp hóa xạ trị chiếm 54%; điều trị hóa xạ trị chiếm 34,9%. Có 44,4% giảm > 10% cân nặng trong 6 tháng qua. Phân tích logistic cho thấy nguy cơ SDD tăng rõ rệt ở các nhóm: Giai đoạn IV so với giai đoạn II (OR = 19,4); Điều trị phối hợp phẫu thuật so với hóa xạ trị (OR = 5,2). Giảm > 10% trong 6 tháng so với giảm 5 - 10% là 14,0 (OR = 14,0); không giảm cân (OR = 30,3).

3.3. Kết quả can thiệp dinh dưỡng

Bảng 4. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng (n = 63)

Tiêu chuẩn đánh giá		T0	T2	p
Nhân trắc	Cân nặng ($\bar{X} \pm SD$)	51,8 ± 7,6	52,0 ± 7,7	0,32
	SDD theo BMI (%)	36,5	33,3	0,5
PG - SGA	SDD (%)	76,2	71,4	0,392*
	Điểm ($\bar{X} \pm SD$)	15,1 ± 4,7	16,2 ± 6,3	0,197**
Cận lâm sàng	SDD theo Albumin (%)	7,9	9,5	0,999*
	Thiếu máu Hemoglobin (%)	76,2	77,8	0,999*
Năng lượng (Kcal/ngày)	Đạt NCKN (%)	25,4	54,0	< 0,001*
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	1121,9 ± 258,3	1314 ± 240,2	
Protein (g/ngày)	Đạt NCKN (%)	23,8	50,8	< 0,001*
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	49,1 ± 14,1	58,9 ± 14,7	
CLCS	Chức năng cảm xúc ($\bar{X} \pm SD$)	65,7 ± 18,9	74,2 ± 18,0	< 0,001**

T - test*, McNemar**, Wilcoxon signed - rank test***, Fisher's Exact Test

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có sự cải thiện về cân nặng, tỷ lệ SDD (theo PG - SGA và BMI), tuy nhiên sự cải thiện này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khẩu phần ăn của người bệnh trước và sau can thiệp đạt NCKN, về năng lượng tăng từ 25,4% lên 54% và protein tăng từ 23,8% lên 50,8%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 5. Hiệu quả sau can thiệp trên chức năng cảm xúc (n = 63)

Chức năng cảm xúc	Cải thiện n (%)	Ổn định n (%)	Xấu đi n (%)	p
Nhận thức	14 (66,7)	7 (33,3)	0 (0,0)	0,003
Mệt mỏi	16 (69,6)	7 (30,4)	0 (0,0)	< 0,001
Thể chất	13 (81,3)	3 (18,8)	0 (0,0)	< 0,001
Hoạt động	14 (66,7)	7 (33,3)	0 (0,0)	< 0,001
Xã hội	3 (16,7)	12 (66,7)	3 (16,7)	< 0,001
Mất cảm giác ngon miệng	9 (63,4)	5 (35,7)	0 (0,0)	0,005

Fisher's Exact Test

Nhận xét: Can thiệp dinh dưỡng tích cực có hiệu quả trong việc cải thiện các chức năng thể chất các chức năng cảm xúc của người bệnh ($p < 0,005$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh UTQ tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

Nghiên cứu được thực hiện trên 63 người bệnh UTQ. 100% là nam giới, với độ tuổi trung bình 60,9 (tuổi thấp nhất là 42). Phần lớn người bệnh ở giai đoạn muộn (III-IV) chiếm 92,1%. Tỷ lệ SDD theo PG - SGA là 76,2%, trong đó 33,3% SDD nặng. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Tiên (2021) với tỷ lệ SDD là 100% và 53,8% SDD nặng [5], nhưng cao hơn kết quả của Hoàng Việt Bách (2022) với 63,2% SDD và 18,2% SDD nặng [6]. Tỷ lệ người bệnh giảm cân trầm trọng (giảm > 10% trọng lượng cơ thể trong 6 tháng) chiếm 44,4%, tỷ lệ này cao hơn một số nghiên cứu trước [6], [7]. Sự khác biệt này có thể giải thích do sự khác nhau về đối tượng, thời điểm đánh giá, tình trạng bệnh lý và phương pháp nghiên cứu. Phân tích logistic cho thấy nguy cơ SDD tăng đáng kể ở người bệnh giai đoạn IV (OR = 19,4), giảm > 10% cân nặng trong 6 tháng (OR = 30,3) và điều trị đa mô thức (OR = 5,2).

Mặc dù tăng chuyển hóa và giảm cân nhưng khẩu phần ăn của phần lớn người bệnh giảm xuống, chỉ 25,4% người bệnh đạt NCKN về năng lượng và 23,8% đạt NCKN về protein. Hơn nữa, người bệnh bị ảnh hưởng của các triệu chứng bất lợi như nuốt nghẹn hoặc do chính khối u sản xuất ra các chất gây tăng ly giải protein làm trầm trọng thêm tình trạng SDD [8]. Không đủ bằng chứng để khuyến nghị đánh giá TTDD của người bệnh ung thư qua tỷ lệ giảm cân, nhưng SDD bất kể yếu tố nguy cơ gì đều bắt nguồn từ giảm ăn. Không giống như đói ăn đơn thuần, giảm cân ở người bệnh ung thư tiến triển dẫn đến mất khối lượng cơ xương, là yếu tố tiên lượng có liên quan mạnh với tỷ lệ tử vong [4]. Giảm cân ở người bệnh ung thư càng nhiều thời gian sống càng ngắn [3], do đó việc kiểm soát cân nặng ở người bệnh ung thư là vấn đề thiết yếu và tất cả người bệnh ung thư cần được tiếp cận thông tin này dựa trên khuyến cáo của ESMO [3]. Ngoài giảm cân và mất khối cơ, suy mòn còn bao gồm tình trạng sarcopenia (thiếu cơ) – sự mất khối lượng và chức năng cơ liên quan đến lão hóa, ảnh hưởng đến 5–13% người từ 60–70 tuổi và lên đến 50% ở người trên 80 tuổi [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy ở nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi nguy cơ SDD cao hơn, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Vì vậy, mục tiêu chính của liệu pháp dinh dưỡng và chuyển hóa là tối ưu hóa lượng dinh dưỡng được hấp thu, nhằm duy trì cân nặng và bảo tồn khối cơ nạc [3]. Mặc dù còn thiếu bằng chứng chất lượng cao, nhưng các bằng chứng hiện tại đều đồng thuận việc can thiệp dinh dưỡng phù hợp theo TTDD và chuyển hóa. Chăm sóc dinh dưỡng nên được điều chỉnh tùy theo giai đoạn suy mòn và cơ chế bệnh sinh của từng người bệnh. Hỗ trợ dinh dưỡng là một phần quan trọng của quá trình điều trị, vì không thể ngăn ngừa tình trạng suy giảm khối lượng cơ nếu không bổ sung đủ năng lượng và protein, đặc biệt là ở nhóm người bệnh ung thư cao tuổi [9].

4.2. Kết quả can thiệp dinh dưỡng

Sau can thiệp dinh dưỡng tích cực, tỷ lệ SDD theo PG SGA trước và sau can thiệp (từ 76,2% xuống 71,4%). Có sự cải thiện ở nhóm PG - SGA A (tăng từ 23,8% lên 28,6%) nhưng PG - SGA C lại tăng từ 33,3% lên 38,1% và điểm trung bình PG - SGA tăng sau can thiệp. So sánh hiệu quả cải thiện TTDD của nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu khác Hoàng Việt Bách [6], Nguyễn Thị Hồng Tiến [5], và Abouegylah M. et al. [2]. Sự khác biệt có thể do thời gian can thiệp ngắn, cỡ mẫu nhỏ và tính không đồng nhất về đặc điểm bệnh lý và phương pháp điều trị. Tỷ lệ người bệnh đạt khẩu phần năng lượng và protein theo NCKN tăng đáng kể (từ 25,4% lên 54% và từ 23,8% lên 50,8%, tương ứng; $p < 0,001$).

Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư có thể thay đổi và có xu hướng xấu đi theo diễn tiến bệnh lý, đặc biệt trong bối cảnh giảm ăn kéo dài, dẫn đến suy mòn không hồi phục [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự cải thiện nhẹ về cân nặng (từ $51,8 \pm 7,6$ kg lên $52,0 \pm 7,7$ kg), tuy nhiên sự cải thiện này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này phù hợp với

các nghiên cứu trước cho thấy, hiệu quả cải thiện dinh dưỡng trên người bệnh ung thư rõ rệt khi thời gian can thiệp kéo dài trên 2 tháng [5], [6], [7]. Nghiên cứu của Hoàng Việt Bách sau 1 tháng, cân nặng giảm từ $54,1 \pm 6,8$ kg xuống $52,7 \pm 11,0$ kg, nhưng sau 2 tháng can thiệp cân nặng tăng lên $54,8 \pm 7,3$ kg.

Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng đến CLCS của người bệnh UTTQ

Dinh dưỡng không chỉ là nhu cầu thiết yếu, mà còn gắn liền với niềm vui và CLCS mỗi người. Kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp dinh dưỡng tích cực, đặc biệt là tư vấn dinh dưỡng cá thể hóa, có vai trò quan trọng trong cải thiện hoặc duy trì TTDD. Việc nâng cao nhận thức cho người bệnh và người chăm sóc thông qua tư vấn và truyền thông giáo dục sức khỏe góp phần cải thiện hành vi dinh dưỡng, hỗ trợ kiểm soát cân nặng và nâng cao CLCS.

Mặc dù chỉ 54% người bệnh đạt khẩu phần ăn đáp ứng NCKN sau can thiệp, những người bệnh được hỗ trợ dinh dưỡng ghi nhận cải thiện về chức năng và CLCS, phản ánh hiệu quả của mô hình chăm sóc dinh dưỡng tích cực, lấy người bệnh làm trung tâm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bargetzi L et al. (2021) [10], khẳng định mối liên hệ giữa dinh dưỡng hợp lý và sức khỏe tổng thể. Can thiệp dinh dưỡng tích cực có hiệu quả trong việc cải thiện các chức năng thể chất các chức năng cảm xúc của người bệnh ($p < 0,005$). Phương pháp tiếp cận toàn diện này không chỉ nâng cao CLCS cho người bệnh ung thư mà còn góp phần giảm gánh nặng cho hệ thống y tế và xã hội.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành với cỡ mẫu nhỏ, thời gian can thiệp ngắn và chưa có nhóm chứng để so sánh - đánh giá cụ thể hiệu quả can thiệp dinh dưỡng.
- Không đánh giá khối cơ. Không bàn luận đến tình trạng béo phì suy giảm khối cơ.
- Sự không đồng nhất về mô thức và thời điểm điều trị giữa các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng dẫn đến kết quả khác so với của các tác giả.

5. KẾT LUẬN

Can thiệp dinh dưỡng tích cực là vấn đề cần thiết nhằm giảm tỷ lệ SDD ở người bệnh UTTQ. Qua kết quả nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị: (1) Cần đánh giá thành phần cơ thể để phát hiện chính xác tình trạng SDD ở người bệnh ung thư, đặc biệt bằng các công cụ như DEXA và BIA; (2) Nâng cao nhận thức của người bệnh và người chăm sóc về vai trò của dinh dưỡng là điều cần thiết; (3) Can thiệp dinh dưỡng theo nhóm hoặc phân tầng theo nguy cơ, cần được triển khai để đảm bảo khả năng tiếp cận cho mọi người bệnh; người bệnh ung thư cần được cung cấp thông tin về vấn đề giảm cân và cần được triển khai thực hiện một cách toàn diện và có hệ

thống; (5) Mở rộng các nghiên cứu can thiệp tư vấn dinh dưỡng có nhóm chứng so sánh với thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả toàn diện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bray F., Laversanne M., Sung H., et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 74(3), 229–263.
- [2] Li S., Xie K., Xiao X., et al. (2024). Correlation between sarcopenia and esophageal cancer: a narrative review. *World J Surg Oncol*, 22, 27.
- [3] Arends J., Strasser F., Gonella S., et al. (2021). Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*, 6(3), 100092.
- [4] Zhang Z., Tan S., and Wu G. (2022). ESPEN guideline on hospital diet nutrition. *Clinical Nutrition*, 41(2), 570.
- [5] Nguyễn Thị Hồng Tiến (2021), Hiệu quả hỗ trợ dinh dưỡng tích cực trên bệnh nhân ung thư thực quản mở thông dạ dày được hóa xạ trị tại bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ dinh dưỡng, Trường Đại Học Y Hà Nội.
- [6] Hoàng Việt Bách (2022), Hiệu quả hỗ trợ dinh dưỡng tích cực trên bệnh nhân ung thư khoang miệng tại bệnh viện K trung ương, Luận án tiến sĩ.
- [7] Nguyễn Thùy Linh (2020), Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận án tiến sĩ, Trường Đại Học Y Hà Nội.
- [8] Fu P. and Xiao X. (2024). Research Progress on Patients of Esophageal Cancer Complicated with Sarcopenia. *Br J Hosp Med (Lond)*, 85(8), 1–15.
- [9] Arends J., Muscaritoli M., Anker S., et al. (2023). Overcoming barriers to timely recognition and treatment of cancer cachexia: Sharing Progress in Cancer Care Task Force Position Paper and Call to Action. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 185, 103965.
- [10] Bargetzi L., Brack C., Herrmann J., et al. (2021). Nutritional support during the hospital stay reduces mortality in patients with different types of cancers: secondary analysis of a prospective randomized trial. *Annals of Oncology*, 32(8), 1025–1033.