

NUTRITIONAL STATUS IN ORAL CAVITY CANCER PATIENTS RECEIVING CONCURRENT CHEMORADIATION THERAPY

Lai Thi Mai Ly^{1*}, Le Thi Giang¹, Nguyen Thi Ngoc Lan¹, Nguyen Van Viet¹, Nguyen Duc Duong²

¹Department of Head and Neck Radiation Oncology, Nghe An Oncology Hospital –
150 Nguyen Phong Sac, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam

²Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Hung Dung Ward, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam

Received: 16/04/2025

Revised: 28/04/2025; Accepted: 10/5/2025

ABSTRACT

Objective: Description of certain clinical and nutritional characteristics of patients with oral cavity cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy at Nghe An Oncology Hospital from January 2024 to September 2024.

Subjects and Methods: This is a descriptive, prospective cohort study involving 40 oral cancer patients receiving chemoradiotherapy. Data was collected through interviews, medical records, and assessment of weight before and after treatment.

Results: The weight loss rate was 57.5%, with an average weight loss of 4 ± 1.5 kg. The weight loss rate was higher in patients aged ≥ 60 years (64%), female patients (62.5%), and especially in those with a BMI ≥ 23 kg/m² before treatment (82.4%). Patients with periodontitis (83.3%), in stages III–IV of the disease (67.7%), and not receiving tube feeding (72.7%) also had a higher rate of weight loss. Treatment toxicity symptoms contributing to increased weight loss included grade III oral mucositis (76.9%), dysphagia (70.8%), xerostomia (69%), nausea/vomiting (76.9%), trismus (80%), fatigue (60%), anorexia (60%), and gastrointestinal disturbances (53.8%).

Conclusion: Weight loss is a common issue in oral cancer patients undergoing chemoradiotherapy, particularly in those overweight before treatment. Regular weight monitoring and early nutritional intervention are essential to mitigate the negative impact of weight loss on treatment outcomes and patients' quality of life.

Keywords: Weight loss, oral cancer, chemoradiotherapy, quality of life.

*Corresponding author

Email: maillyubna93@gmail.com Phone: (+84) 988620226 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD7.2415>

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ KHOANG MIỆNG HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI

Lại Thị Mai Ly^{1*}, Lê Thị Giang¹, Nguyễn Thị Ngọc Lan¹, Nguyễn Văn Việt¹, Nguyễn Đức Dương²

¹Khoa Xạ Đầu Cổ, Bệnh viện Ung bướu Nghệ An – 150 Nguyễn Phong Sắc, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

²Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, P. Hưng Dũng, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/04/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/04/2025; Ngày duyệt đăng: 10/05/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và dinh dưỡng của người bệnh ung thư khoang miệng hoá xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 01/2024 đến 09/2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có theo dõi dọc trên 40 người bệnh ung thư khoang miệng điều trị hóa xạ trị. Dữ liệu thu thập thông qua phỏng vấn, hồ sơ bệnh án và đánh giá cân nặng trước và sau điều trị.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh bị sụt cân chiếm 57,5%, với mức sụt cân trung bình $4 \pm 1,5$ kg. Tỷ lệ sụt cân cao hơn tập trung ở nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi (64%), người bệnh nữ (62,5%), và đặc biệt nhóm người bệnh có BMI trước điều trị ≥ 23 kg/m² (82,4%). Những người bệnh có viêm nha chu (83,3%), ở giai đoạn III–IV của bệnh (67,7%) và không được nuôi ăn qua ống thông (72,7%) cũng có tỷ lệ sụt cân cao. Các triệu chứng độc tính điều trị góp phần làm tăng tỷ lệ sụt cân gồm viêm niêm mạc miệng độ III (76,9%), nuốt khó (70,8%), khô miệng (69%), buồn nôn/nôn (76,9%), khít hàm (80%), mệt mỏi (60%), chán ăn (60%) và rối loạn tiêu hóa (53,8%).

Kết luận: Sụt cân là vấn đề phổ biến ở người bệnh ung thư khoang miệng điều trị hóa xạ trị, đặc biệt ở nhóm thừa cân trước điều trị. Việc theo dõi cân nặng thường xuyên và can thiệp dinh dưỡng sớm là cần thiết để giảm thiểu tác động tiêu cực của sụt cân đến kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Từ khóa: Sụt cân, ung thư khoang miệng, hoá xạ trị, chất lượng cuộc sống.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô khoang miệng là bệnh lý ác tính xuất phát từ niêm mạc phủ toàn bộ khoang miệng, bao gồm các vị trí: môi (môi trên, môi dưới, mép), lợi hàm trên, lợi hàm dưới, khe liên hàm, khẩu cái cứng, lưỡi (phần di động), niêm mạc má và sàn miệng [1]. Theo GLOBOCAN 2022, trên thế giới nam giới có 264.211 ca ung thư khoang miệng (UTKM) mới mắc (chiếm 2,5% các loại ung thư) và 126.208 ca tử vong (2,29%). Ở nữ giới, số ca mới mắc là 113.502 (1,2%) và tử vong 51.549 (1,22%) [2]. Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2022 ghi nhận khoảng 2.449 ca UTKM mới mỗi năm và 1.279 ca tử vong [3].

Hóa xạ trị đồng thời (CXĐT – Concurrent Chemoradiotherapy) là phương pháp điều trị hỗ trợ hoặc triệt căn thường được áp dụng cho ung thư khoang miệng giai đoạn tiến triển. Tuy nhiên, hóa xạ trị cũng gây ra nhiều tác dụng phụ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh như: bỏng da vùng chiếu xạ, viêm xơ tuyến

nước bọt gây khô miệng, viêm niêm mạc miệng, mệt mỏi, buồn nôn/nôn, rối loạn tiêu hóa, khít hàm, đau rát họng... [4].

Sụt cân là dấu hiệu quan trọng của suy dinh dưỡng ở người bệnh ung thư, thường đi kèm với giảm khối cơ, giảm sức cơ và rối loạn vận động [5]. Sụt cân được định nghĩa khi tỷ lệ giảm cân ngoài ý muốn $\geq 5\%$ trong 1 tháng và/hoặc $\geq 10\%$ trong 6 tháng. Ở người bệnh ung thư đầu cổ điều trị bằng xạ trị, việc giảm 8–10% trọng lượng cơ thể là khá phổ biến, ngay cả khi đã được can thiệp dinh dưỡng sớm; khoảng 40–80% người bệnh ung thư sẽ trải qua tình trạng suy dinh dưỡng tại một thời điểm nào đó trong quá trình điều trị [6]. Đặc biệt, việc sụt $\geq 5\%$ trọng lượng cơ thể được xem là yếu tố tiên lượng có ý nghĩa về đáp ứng điều trị, thời gian sống thêm và chất lượng cuộc sống của người bệnh [7].

Trong một nghiên cứu trên 175 người bệnh ung thư đầu cổ điều trị xạ trị, cân nặng trung bình của người bệnh

*Tác giả liên hệ

Email: mailyubna93@gmail.com Điện thoại: (+84) 988620226 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD7.2415>

giảm 9,4 kg (tương đương 11,3% trọng lượng cơ thể) trong giai đoạn điều trị, thậm chí cân nặng còn tiếp tục giảm sau khi kết thúc điều trị [8]. Do đó, việc theo dõi sát cân nặng của người bệnh trong quá trình điều trị giúp phát hiện sớm tình trạng sụt cân để can thiệp dinh dưỡng kịp thời, đảm bảo người bệnh duy trì được phác đồ điều trị và cải thiện tiên lượng kết quả điều trị.

Tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, việc theo dõi cân nặng của người bệnh ung thư khoang miệng điều trị hóa xạ trị đã được tiến hành thường quy. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu phân tích sâu về tình trạng sụt cân và các yếu tố liên quan trong quá trình điều trị ở nhóm người bệnh này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và dinh dưỡng của nhóm người bệnh ung thư khoang miệng điều trị hóa xạ trị đồng thời;*
2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng sụt cân của nhóm người bệnh này.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán ung thư khoang miệng điều trị hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* người bệnh ≥ 18 tuổi, chẩn đoán xác định ung thư khoang miệng và được chỉ định hóa xạ trị đồng thời triệt căn. Tình trạng toàn thân tốt (ECOG 0–2 hoặc Karnofsky $> 60\%$), được điều trị lần đầu và đã được tư vấn về dinh dưỡng hỗ trợ. Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin trước, trong và sau điều trị; người bệnh tỉnh táo, có khả năng giao tiếp và hợp tác (nghe, nói, đọc, viết).

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* người bệnh có tiền sử điều trị ung thư trước đó hoặc mắc đồng thời hai loại ung thư; người bệnh không tuân thủ điều trị đầy đủ hoặc mất dấu trong quá trình theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có theo dõi dọc.

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

+ Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

+ Thời gian nghiên cứu: 01/2024 – 09/2024.

- *Cỡ mẫu:* Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính cho một tỷ lệ trong quần thể:

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

Với p là tỷ lệ sụt cân dự kiến. Dựa theo một nghiên cứu tương tự trước đây của Vangelov B. và cộng sự (về tỷ lệ

sụt cân ở người bệnh ung thư vòm họng điều trị hóa xạ trị), chọn $p = 0,071$ [9]. Sai số tuyệt đối chấp nhận được $d = 0,08$. Với mức ý nghĩa thống kê 95% ($Z \approx 1,96$), cỡ mẫu tối thiểu tính được là 36. Để tăng độ tin cậy, chúng tôi đã chọn 40 người bệnh tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Tất cả người bệnh được thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng theo quy trình chuẩn. Cân nặng và chiều cao được đo bằng cân điện tử và thước đo tiêu chuẩn (đã được kiểm định định kỳ) vào thời điểm trước điều trị và sau khi kết thúc hóa xạ trị. Tính chỉ số khối cơ thể (BMI) và sử dụng phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới dành cho người châu Á (BMI $< 18,5$: gầy; $18,5 < 23$: bình thường; ≥ 23 : thừa cân/béo phì). Người bệnh được cân và đánh giá tình trạng dinh dưỡng hàng tuần, lấy mốc so sánh chính là trước và sau điều trị để xác định sụt cân (có sụt cân nếu cân nặng sau điều trị giảm so với trước điều trị).

Các thông tin về đặc điểm bệnh học được thu thập từ hồ sơ bệnh án ban đầu. Tác dụng phụ và độc tính trong quá trình hóa xạ trị như viêm niêm mạc miệng, khô miệng, nuốt khó, buồn nôn/nôn, khít hàm, mệt mỏi, chán ăn, rối loạn tiêu hóa, đau... được theo dõi và ghi nhận ở mỗi lần khám trong quá trình xạ trị. Mức độ viêm niêm mạc miệng được đánh giá theo thang đo WHO (độ 0–IV). Các triệu chứng khác được đánh giá theo tiêu chuẩn phân loại độc tính chung (CTCAE v5.0). Việc người bệnh có được nuôi ăn qua ống thông dạ dày (đặt sonde mũi - dạ dày để bổ sung dinh dưỡng) hay không trong quá trình điều trị cũng được ghi nhận. Tất cả dữ liệu được nhập vào phiếu thu thập thông tin thống nhất cho nghiên cứu.

- *Xử lý số liệu:* Dữ liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh, kiểm định có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2024. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được mã hóa và bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Người bệnh tham gia nghiên cứu đều được giải thích về mục tiêu, quy trình nghiên cứu và đồng ý tham gia. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần cải thiện công tác chăm sóc, điều trị dinh dưỡng cho người bệnh ung thư trong tương lai.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 40 người bệnh ung thư khoang miệng điều trị hóa xạ trị đồng thời tham gia nghiên cứu, có 23 người bệnh (57,5%) bị sụt cân khi kết thúc điều trị so với trước điều trị. Mức sụt cân trung bình của nhóm người bệnh này là $4 \pm 1,5$ kg (dao động 1–7 kg). Dưới đây là các đặc điểm cụ thể về mẫu người bệnh và các yếu tố liên quan.

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu và dinh dưỡng trước và sau hóa xạ trị (n = 40)

| Đặc điểm | | n | % |
|--------------------|---------------------------------|--------------|------|
| Tuổi | Dưới 60 tuổi | 15 | 37,5 |
| | ≥ 60 tuổi | 25 | 62,5 |
| | Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) | 61 ± 10 tuổi | |
| Giới | Nam | 32 | 80,0 |
| | Nữ | 8 | 20,0 |
| BMI trước điều trị | Gầy < 18,5 | 13 | 32,5 |
| | Bình thường 18,5 - < 23 | 10 | 25,0 |
| | Thừa cân, béo phì ≥ 23 | 17 | 42,5 |
| BMI sau điều trị | Gầy < 18,5 | 22 | 55,0 |
| | Bình thường 18,5 - < 23 | 14 | 35,0 |
| | Thừa cân, béo phì ≥ 23 | 4 | 10,0 |
| Hút thuốc lá | Có | 30 | 75,0 |
| | Không | 10 | 25,0 |
| Bệnh lý răng miệng | Không | 19 | 47,5 |
| | Viêm nha chu | 6 | 15,0 |
| | Sâu răng | 6 | 15,0 |
| | Khác | 9 | 22,5 |
| Chẩn đoán | Ung thư lưỡi | 17 | 42,5 |
| | Ung thư sàn miệng | 9 | 22,5 |
| | Ung thư khẩu cái | 6 | 15,0 |
| | Ung thư khác | 8 | 20,0 |
| Giai đoạn bệnh | Giai đoạn I - II | 9 | 22,0 |
| | Giai đoạn III - IV | 31 | 78,0 |
| Nuôi ăn qua sonde | Có | 18 | 45,0 |
| | Không | 22 | 55,0 |

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh là 61 ± 10, với đa số (62,5%) từ 60 tuổi trở lên, chủ yếu là nam giới (80%). Trước hóa xạ trị, tỷ lệ người bệnh thừa cân/béo phì là 42,5%, BMI bình thường 25%, và gầy 32,5%. Sau

điều trị, tỷ lệ gầy tăng lên 55%, còn nhóm thừa cân/béo phì giảm rõ rệt xuống 10%. Về thói quen hút thuốc lá, có 75% người bệnh hút thuốc. 52,5% người bệnh có bệnh lý răng miệng (viêm nha chu và sâu răng). Ung thư lưỡi là phổ biến nhất (42,5%), kế đến là ung thư sàn miệng (22,5%) và ung thư khẩu cái (15%). Đa số người bệnh (77,5%) được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (III-IV), trong đó có 45% cần hỗ trợ dinh dưỡng bằng nuôi ăn qua sonde dạ dày.

3.2. Tác dụng phụ của hóa xạ trị

Bảng 2. Tỷ lệ gặp các độc tính do hóa xạ trị ở người bệnh nghiên cứu (n = 40)

| Độc tính (Mức độ/Triệu chứng) | | n | % |
|-------------------------------|-----------|----|------|
| Viêm niêm mạc miệng | Viêm độ 1 | 16 | 40,0 |
| | Viêm độ 2 | 11 | 27,5 |
| | Viêm độ 3 | 13 | 32,5 |
| | Viêm độ 4 | 0 | 0,00 |
| Khít hàm | Có | 5 | 12,5 |
| | Không | 35 | 87,5 |
| Buồn nôn/nôn | Có | 13 | 32,5 |
| | Không | 27 | 67,5 |
| Khô miệng | Có | 29 | 72,5 |
| | Không | 11 | 27,5 |
| Đau | Có | 36 | 95,0 |
| | Không | 4 | 5,0 |
| Nuốt khó | Có | 24 | 60,0 |
| | Không | 16 | 40,0 |
| Rối loạn tiêu hóa | Có | 13 | 32,5 |
| | Không | 27 | 67,5 |
| Chán ăn | Có | 25 | 62,5 |
| | Không | 15 | 37,5 |
| Mệt mỏi | Có | 30 | 75 |
| | Không | 10 | 25 |

Nhận xét: Tất cả 40 người bệnh (100%) đều gặp tình trạng viêm niêm mạc miệng ở các mức độ khác nhau. Các tác dụng phụ khác cũng rất phổ biến: 90% người bệnh báo cáo có cảm giác đau vùng miệng - họng do điều trị; 72,5% bị khô miệng do tổn thương tuyến nước

bọt; 75% cảm thấy mệt mỏi; 60% bị khó nuốt ở mức độ nhất định; 62,5% chán ăn; 32,5% bị buồn nôn/nôn; 12,5% bị khít hàm; và 32,5% gặp rối loạn tiêu hóa. Như vậy, phác đồ hóa xạ trị đồng thời đã gây ra nhiều tác động tiêu cực đến tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe chung của người bệnh, đặc biệt là viêm niêm mạc miệng, khô miệng, mệt mỏi và nuốt khó – những yếu tố có thể ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng ăn uống và hấp thu dinh dưỡng.

3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng sụt cân

Để phân tích các yếu tố liên quan đến sụt cân, chúng tôi phân nhóm người bệnh thành có sụt cân (23 người bệnh) và không sụt cân (17 người bệnh), rồi so sánh đặc điểm giữa hai nhóm. Kết quả phân tích đơn biến các yếu tố nhân khẩu và lâm sàng được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Một số yếu tố cá nhân liên quan đến sụt cân (n = 40)

| Yếu tố | Có sụt cân | Không sụt cân | p | OR |
|---------------------------|------------|---------------|-------|------|
| Tuổi | | | | |
| Dưới 60 | 7 (46,7%) | 8 (53,3%) | 0,286 | 1 |
| ≥ 60 | 16 (64,0%) | 9 (36,0%) | | 0,49 |
| Giới | | | | |
| Nam | 18 (56,2%) | 14 (43,8%) | - | 1 |
| Nữ | 5 (62,5) | 3 (37,5) | 0,753 | 0,77 |
| BMI trước điều trị | | | | |
| Gầy < 18,5 | 6 (46,2) | 7 (53,8) | - | 1 |
| Bình thường 18,5 - < 23 | 3 (30,0) | 7 (70,0) | 0,404 | 0,50 |
| Thừa cân, béo phì ≥ 23 | 14 (82,40) | 3 (17,6) | 0,043 | 5,44 |
| Hút thuốc lá | | | | |
| Có | 16 (53,3) | 14 (46,7) | 0,471 | 0,49 |
| Không | 7 (70,0) | 3 (30,0) | | |
| Bệnh lý răng miệng | | | | |
| Không | 11 (57,9) | 8 (42,1) | - | 1 |
| Viêm nha chu | 5 (83,3) | 1 (16,7) | 0,541 | 0,27 |
| Sâu răng | 3 (50,0) | 3 (50,0) | 0,735 | 1,37 |
| Khác | 4 (44,4) | 5 (55,6) | 0,507 | 1,71 |

| Yếu tố | Có sụt cân | Không sụt cân | p | OR |
|--------------------------|------------|---------------|-------|-------|
| Giai đoạn | | | | |
| Giai đoạn III - IV | 21 (67,7) | 10 (32,3) | 0,023 | 7,35 |
| Giai đoạn I - II | 2 (22,2) | 7 (77,8) | | |
| Nuôi ăn qua sonde | | | | |
| Không | 16 (72,7) | 6 (27,3) | 0,033 | 4,190 |
| Có | 7 (38,9) | 11 (61,1) | | |
| Chẩn đoán | | | | |
| UT Lưỡi | 11 (64,7) | 6 (35,3) | - | 1 |
| UT Sàn miệng | 5 (55,6) | 4 (44,4) | 0,612 | 1,47 |
| UT Khẩu cái | 4 (66,7) | 2 (33,3) | 0,931 | 0,92 |
| UT khác | 3 (37,5) | 5 (62,5) | 0,209 | 3,05 |

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy BMI trước điều trị ở nhóm thừa cân/béo phì (BMI ≥ 23) có nguy cơ sụt cân cao gấp 5,44 lần nhóm gầy (OR = 5,44; p = 0,043). Người bệnh giai đoạn III-IV có nguy cơ sụt cân cao gấp 7,35 lần nhóm giai đoạn I-II (OR = 7,35; p = 0,023). Người bệnh không nuôi ăn qua sonde có nguy cơ sụt cân cao gấp 4,19 lần nhóm được nuôi ăn qua sonde (OR = 4,19; p = 0,033).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tác dụng phụ của hóa xạ trị và tình trạng sụt cân (n = 40)

| Độc tính | Có sụt cân n (%) | Không sụt cân n (%) | p | OR |
|-----------------------------|------------------|---------------------|-------|------|
| Mức độ viêm niêm mạc | | | | |
| Độ 1 | 5 (35,7) | 11 (68,8) | - | 1 |
| Độ 2 | 8 (72,7) | 3 (27,3) | 0,034 | 5,86 |
| Độ 3 | 10 (76,9) | 3 (23,1) | 0,001 | 7,33 |
| Mệt mỏi | | | | |
| Có | 18 (60,0) | 12 (40,0) | 0,717 | 1,50 |
| Không | 5 (50,0) | 5 (50,0) | | |
| Chán ăn | | | | |
| Có | 15 (60,0) | 10 (40,0) | 0,680 | 1,31 |
| Không | 8 (53,3) | 7 (46,7) | | |

| Độc tính | Có sụt cân n (%) | Không sụt cân n (%) | p | OR |
|--------------------------|------------------|---------------------|-------|-------|
| Rối loạn tiêu hoá | | | | |
| Có | 7 (53,8) | 6 (46,2) | 0,746 | 0,802 |
| Không | 16 (59,3) | 11 (40,7) | | |
| Nuốt khó | | | | |
| Có | 17 (70,8) | 7 (29,2) | 0,041 | 4,04 |
| Không | 6 (37,5) | 10 (62,5) | | |
| Đau | | | | |
| Có | 1 (25,0) | 3 (75,0) | 0,294 | 4,71 |
| Không | 22 (61,1) | 14 (38,9) | | |
| Khô Miệng | | | | |
| Có | 20 (69,0) | 9 (31,0) | 0,03 | 5,92 |
| Không | 3 (27,3) | 8 (72,7) | | |
| Buồn nôn\ nôn | | | | |
| Có | 10 (76,9) | 3 (23,1) | 0,094 | 3,59 |
| Không | 13 (48,1) | 14 (51,9) | | |
| Khít hàm | | | | |
| Có | 4 (80,0) | 1 (20,0) | 0,373 | 1,18 |
| Không | 19 (54,3) | 16 (45,7) | | |

Nhận xét: Các tác dụng phụ liên quan rõ rệt với tình trạng sụt cân gồm: viêm niêm mạc miệng, khô miệng và nuốt khó. Cụ thể, viêm niêm mạc miệng mức độ II và III làm tăng đáng kể nguy cơ sụt cân (OR lần lượt là 5,86 và 7,33; $p < 0,05$). Khô miệng làm tăng nguy cơ sụt cân gấp 5,92 lần ($p = 0,03$), trong khi nuốt khó tăng nguy cơ sụt cân 4,04 lần ($p = 0,041$). Tình trạng buồn nôn/nôn cũng cho thấy xu hướng làm tăng sụt cân, tuy nhiên chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,094$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh và tỷ lệ sụt cân

Tuổi trung bình của người bệnh là 61 ± 10 , chủ yếu ở nhóm ≥ 60 tuổi (62,5%), nam giới chiếm đa số (80%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ ung thư khoang miệng và các nghiên cứu trước đây. Tỷ lệ hút thuốc lá trong nghiên cứu là 75%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nazari và cộng sự (71%) [7]. Tỷ lệ người bệnh có BMI thừa cân/béo phì trước điều trị là 42,5% và suy dinh dưỡng là 32,5%, tương tự một số nghiên cứu quốc tế về ung thư đầu cổ. Phản ánh sự đa dạng về tình trạng dinh dưỡng ban đầu và cho thấy việc đánh giá dinh dưỡng sớm là cần thiết.

Tỷ lệ sụt cân sau hóa xạ trị là 57,5% với mức giảm trung bình 4 kg (khoảng 6–7% trọng lượng cơ thể), nằm trong khoảng 40–80% như các nghiên cứu quốc tế đã báo cáo [7], [8], [9]. Các tác dụng phụ phổ biến bao gồm viêm niêm mạc (100%), đau (90%), mệt mỏi (75%), khô miệng (72,5%), nuốt khó (60%), cho thấy người bệnh cần được hỗ trợ dinh dưỡng tích cực là liên tục trong quá trình điều trị.

Phân tích cho thấy BMI ban đầu ảnh hưởng đáng kể tới nguy cơ sụt cân: người bệnh có BMI ≥ 23 kg/m² có nguy cơ sụt cân cao gấp 5 lần so với nhóm thể trạng gầy, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ottosson [6] nhưng khác với nghiên cứu của Nazari [7]. Các yếu tố nhân khẩu học (tuổi, giới tính, hút thuốc lá, bệnh lý răng miệng) không có sự liên quan rõ rệt với sụt cân.

Giai đoạn bệnh (III–IV) làm tăng nguy cơ sụt cân đáng kể (gấp khoảng 7 lần so với giai đoạn I–II). Việc nuôi ăn qua sonde dạ dày giúp giảm nguy cơ sụt cân khoảng 4 lần, nhấn mạnh rõ hiệu quả của hỗ trợ dinh dưỡng bằng đường ống trong duy trì cân nặng.

Các tác dụng phụ như viêm niêm mạc miệng nặng (độ II–III, OR = 5,86–7,33), khô miệng (OR = 5,92) và nuốt khó (OR = 4,04) liên quan rõ rệt với sụt cân. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây [8], cho thấy cần kết hợp dinh dưỡng và điều trị triệu chứng để đảm bảo người bệnh ăn uống được trong quá trình hoá xạ trị.

Những số liệu này cho thấy nhu cầu cấp thiết phải xây dựng quy trình chăm sóc dinh dưỡng tích hợp, trong đó can thiệp dinh dưỡng chủ động là một phần trọng tâm không thể thiếu trong kế hoạch điều trị toàn diện cho người bệnh ung thư khoang miệng.

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sụt cân và ý nghĩa thực tiễn

BMI ban đầu có ảnh hưởng rõ đến sụt cân. Người bệnh thừa cân/béo phì (BMI ≥ 23 kg/m²) có nguy cơ sụt cân cao gấp khoảng 5 lần nhóm thể trạng gầy, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Ottosson và cộng sự [6] nhưng trái ngược với nghiên cứu của Nazari [7], do khác biệt trong tiêu chuẩn phân loại BMI và đặc điểm quần thể nghiên cứu. Điều này nhấn mạnh đánh giá BMI và nhu cầu dinh dưỡng không nên bỏ qua ở bất kỳ người bệnh nào, kể cả người bệnh chưa có dấu hiệu suy dinh dưỡng.

Các yếu tố nhân khẩu học như tuổi, giới tính, hút thuốc lá hay bệnh lý răng miệng không cho thấy mối liên quan rõ rệt với sụt cân. Điều này có thể do tác động mạnh của hóa xạ trị và giai đoạn bệnh lấn át các yếu tố nền.

Giai đoạn bệnh (III–IV) làm tăng nguy cơ sụt cân khoảng 7 lần so với giai đoạn sớm (I–II), phù hợp với hiểu biết rằng giai đoạn muộn đi kèm với khối u lớn, đau, khó nuốt và suy dinh dưỡng. Kết quả này tương đồng với các hướng dẫn dinh dưỡng quốc tế, nhấn mạnh việc đánh giá và can thiệp dinh dưỡng sớm cho người bệnh ung thư giai đoạn muộn.

Nuôi ăn qua sonde dạ dày giảm đáng kể nguy cơ sụt cân

(nguy cơ thấp hơn khoảng 4 lần so với không nuôi ăn), phù hợp với các nghiên cứu quốc tế khẳng định vai trò quan trọng của hỗ trợ dinh dưỡng chủ động sớm.

Các tác dụng phụ như viêm niêm mạc miệng độ nặng (độ III, OR ~7 lần), khô miệng (OR ~6 lần) và nuốt khó (OR ~4 lần) làm tăng rõ rệt nguy cơ sụt cân, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến [8] và các nghiên cứu trước đây. Quản lý tốt các tác dụng phụ này (súc miệng, thuốc giảm đau, hỗ trợ dinh dưỡng tích cực) có thể hạn chế được mức độ sụt cân.

Nhìn chung, các phát hiện trong nghiên cứu có ý nghĩa thực tiễn cao, góp phần nhận diện sớm các người bệnh ung thư khoang miệng có nguy cơ cao. Từ đó, làm cơ sở để xây dựng quy trình chăm sóc phù hợp, tập trung vào chiến lược can thiệp dinh dưỡng chủ động, kiểm soát triệu chứng và hạn chế tình trạng sụt cân trong quá trình điều trị.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 40 người bệnh ung thư khoang miệng điều trị hóa xạ trị đồng thời cho thấy: Tỷ lệ sụt cân sau điều trị cao (57,5%), với mức sụt cân trung bình khoảng 4 kg (dao động từ 1–7 kg), là vấn đề phổ biến cần được quan tâm đặc biệt. Các yếu tố nguy cơ chính liên quan đến sụt cân gồm: giai đoạn bệnh muộn (III–IV), BMI ban đầu cao (≥ 23 kg/m²) và không được nuôi ăn qua sonde dạ dày hỗ trợ. Các yếu tố nhân khẩu học như tuổi, giới tính không ảnh hưởng đáng kể trong bối cảnh điều trị tích cực. Các tác dụng phụ của hóa xạ trị như viêm niêm mạc miệng mức độ nặng, khô miệng và nuốt khó có mối liên quan rõ rệt đến tình trạng sụt cân do ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng ăn uống của người bệnh.

6. KHUYẾN NGHỊ

Cần theo dõi sát cân nặng của người bệnh ung thư khoang miệng trong suốt quá trình điều trị hóa xạ đồng thời, nhằm phát hiện sớm nguy cơ sụt cân và có biện pháp can thiệp kịp thời. Việc chủ động can thiệp dinh dưỡng sớm (nuôi ăn qua sonde, tư vấn chế độ ăn giàu đạm, năng lượng), đồng thời kiểm soát tích cực các tác dụng phụ (viêm niêm mạc miệng, khô miệng, nuốt khó) đóng vai trò quan trọng trong duy trì thể trạng người bệnh. Những nội dung này cần được lồng ghép vào quy trình chăm sóc toàn diện cho người bệnh ung thư khoang miệng, góp phần giúp người bệnh duy trì cân nặng, hoàn thành điều trị và cải thiện tiên lượng lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] I. Panarese et al., “Oral and Oropharyngeal squamous cell carcinoma: prognostic and predictive parameters in the etiopathogenetic route,” *Expert Rev Anticancer Ther*, vol. 19, no. 2, pp. 105–119, Feb. 2019.
- [2] F. Bray et al., “Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries,” *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 74, no. 3, pp. 229–263, 2024.
- [3] “Cancer Today.” Accessed: Apr. 08, 2025.
- [4] J. M. Price et al., “Pretreatment Lymphocyte Count Predicts Benefit From Concurrent Chemotherapy With Radiotherapy in Oropharyngeal Cancer,” *J Clin Oncol*, vol. 40, no. 20, pp. 2203–2212, Jul. 2022.
- [5] T. Cederholm et al., “GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community,” *Clin Nutr*, vol. 38, no. 1, pp. 1–9, Feb. 2019.
- [6] S. Ottosson, B. Zackrisson, E. Kjellén, P. Nilsson, and G. Laurell, “Weight loss in patients with head and neck cancer during and after conventional and accelerated radiotherapy,” *Acta Oncol*, vol. 52, no. 4, pp. 711–718, May 2013.
- [7] V. Nazari, A. S. Pashaki, and E. Hasanzadeh, “The reliable predictors of severe weight loss during the radiotherapy of Head and Neck Cancer,” *Cancer Treat Res Commun*, vol. 26, p. 100281, 2021.
- [8] Nguyễn Thị Hải Yến, “Đánh giá tình trạng sụt cân trên bệnh nhân điều trị ung thư đầu cổ tại Bệnh viện K,” *National Cancer Institute*, vol. X1, no. 2, 2021.
- [9] B. Vangelov, R. L. Venchiarutti, and R. I. Smee, “Critical Weight Loss in Patients With Oropharynx Cancer During Radiotherapy (\pm Chemotherapy),” *Nutr Cancer*, vol. 69, no. 8, pp. 1211–1218, 2017.