

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ DẠ DÀY TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2020-2021

Nguyễn Thị Thuý^{1,✉}, Lê Thị Hương¹, Nguyễn Thị Thanh²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Ung thư dạ dày là một trong các bệnh lí ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Đây cũng là bệnh ung thư mà người bệnh có tỉ lệ giảm cân và được chẩn đoán suy dinh dưỡng cao. Với mục đích đánh giá thay đổi tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư dạ dày trong quá trình điều trị hoá chất, chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 50 người bệnh ung thư dạ dày trong độ tuổi trưởng thành, đã điều trị phẫu thuật triệt căn và được tiến hành điều trị hoá chất theo phác đồ XELOX, theo dõi và đánh giá các chỉ số: cân nặng, BMI, PG-SGA, hồng cầu, hemoglobin. Kết quả nghiên cứu cho thấy: trước khi điều trị hoá chất 48% người bệnh có suy dinh dưỡng theo BMI, 94% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA, trong quá trình điều trị cân nặng trung bình giảm từ 47,5 kg còn 46,6 kg, BMI trung bình giảm từ 18,63 còn 18,32 kg/m². Từ kết quả trên cho thấy tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư dạ dày trong quá trình điều trị hoá chất có xu hướng sụt giảm, cần có kế hoạch can thiệp dinh dưỡng sớm trên các đối tượng người bệnh này.

Từ khóa: ung thư dạ dày, tình trạng dinh dưỡng, hoá chất, suy dinh dưỡng, ung thư.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của GLOBOCAN 2020, mỗi năm trên thế giới có 1.089.103 ca mắc ung thư dạ dày mới và 768.793 trường hợp tử vong do ung thư dạ dày.¹ Các phương pháp điều trị ung thư dạ dày (UTDD) 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.² Ngày nay hoá trị ngày càng phát triển với những kiến thức sâu rộng về sinh học phân tử, đặc điểm về gen, chu kỳ tế bào, các đặc tính phát triển của tế bào ung thư mang đến những cải thiện về tiên lượng với bệnh

lý này. Trong đó phác đồ hóa chất XELOX là một phác đồ phổ biến trong điều trị ung thư đường tiêu hóa do dễ áp dụng, thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện ngắn, đã được Mạng lưới Ung thư Quốc gia (Mỹ) đưa vào hướng dẫn điều trị chuẩn dành cho điều trị bước 1 ở cả người bệnh điều trị bổ trợ và điều trị giai đoạn muộn với mức độ bằng chứng cao nhất.³ Trong quá trình điều trị phẫu thuật, người bệnh chịu sự thay đổi trong giải phẫu và sinh lí hấp thu dẫn đến khả năng ăn uống kém, hấp thu các chất dinh dưỡng kém là nguy cơ dẫn đến các vấn đề sức khoẻ liên quan đến thiếu dinh dưỡng. Ngoài ra nếu người bệnh 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... Điều này góp phần làm trầm trọng hơn tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) ở người bệnh ung thư dạ dày. Hậu quả của tình

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thuý

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thuthu95.12@gmail.com

Ngày nhận: 13/09/2021

Ngày được chấp nhận: 23/09/2021

trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh ung thư đường tiêu hoá nói chung hay ung thư dạ dày nói riêng đó là làm giảm khả năng miễn dịch của cơ thể, liên quan trực tiếp đến tiên lượng và hiệu quả điều trị bệnh, giảm đáp ứng với hoá trị, tăng độc tính và biến chứng do hoá trị thường xuyên, nghiêm trọng hơn, kéo dài thời gian điều trị và giảm chất lượng sống.⁴ Bởi vậy việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nghiên cứu về các vấn đề tiêu hoá mà người bệnh ung thư dạ dày gặp phải trong quá trình điều trị hoá chất sau phẫu thuật là rất quan trọng, cần có các can thiệp kịp thời về dinh dưỡng để nâng cao thể trạng, tăng đáp ứng với điều trị và nâng cao chất lượng sống. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư dạ dày trong quá trình điều trị hoá chất theo phác đồ XELOX.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu gồm có 50 người bệnh ung thư dạ dày trong độ tuổi từ 36 đến 67 tuổi. Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh ung thư dạ dày tiên phát, đã được khẳng định bằng giải phẫu bệnh và được chỉ định điều trị hoá chất phác đồ XELOX sau phẫu thuật triệt căn, trên 18 tuổi, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: có điều trị hoá chất trước phẫu thuật, mắc các bệnh lý mạn tính cần tuân thủ chế độ dinh dưỡng nghiêm ngặt như: đái tháo đường, gút, bệnh lý thận... người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, không thể đứng cân đo, không thể nghe hiểu và trao đổi thông tin.

2. Phương pháp

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại khoa Nội 3 bệnh viện K cơ sở Tân Triều trong khoảng thời gian từ tháng 5/2020 đến tháng 2/2021. Chúng tôi thực hiện theo dõi người

bệnh trong quá trình 8 đợt truyền hoá chất theo phác đồ XELOX (thời gian khoảng 6 tháng) và đánh giá bệnh nhân tại 3 thời điểm: T0: trước khi điều trị hoá chất, T1: trước khi điều trị hoá chất đợt IV 1 ngày, T2: trước khi điều trị hoá chất đợt VIII 1 ngày. Chọn mẫu thuận tiện tất cả các bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ nói trên trong thời gian nghiên cứu.

Chúng tôi thực hiện đánh giá bệnh nhân thông qua các chỉ số nhân trắc học như: cân nặng, Body Mass Index (BMI), bộ công cụ đánh giá nguy cơ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), và một số chỉ số xét nghiệm có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng: hemoglobin, hồng cầu máu.

Cân nặng tất cả các người bệnh được đo bằng 1 cân Tanita Nhật Bản với độ nhạy 100g, chiều cao được đo bằng 1 thước dây với vạch chia 1 mm. Chỉ số BMI dùng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, bộ công cụ PG-SGA để đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng bao gồm các mục: giảm cân trong thời gian gần đây, chế độ ăn hiện tại, triệu chứng lâm sàng, mức độ hoạt động, mức độ chuyển hoá và khám lâm sàng.

- Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index) được đánh giá như sau:

- + BMI \geq 25: thừa cân;
- + 18,5 - 24,99: bình thường;
- + Suy dinh dưỡng nhẹ: BMI từ 17 đến 18,49;
- + Suy dinh dưỡng mức độ trung bình: BMI từ 16,0 đến 16,99;
- + Suy dinh dưỡng mức độ nặng: BMI dưới 16.

- Mức độ nguy cơ suy dinh dưỡng đánh giá theo PG-SGA:

- + PG-SGA A: không có nguy cơ suy dinh dưỡng;
- + PG-SGA B: nguy cơ suy dinh dưỡng mức

độ nhẹ/ vừa;

+ PG-SGA C: nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng;

- Tổng điểm đánh giá theo PG-SGA phản ánh mức độ cần can thiệp dinh dưỡng của người bệnh:

+ 0 - 1: Không cần can thiệp ở thời điểm đó. Tái đánh giá thường xuyên trong quá trình điều trị;

+ 2 - 3: Giáo dục dinh dưỡng cho người bệnh và người nhà cùng với can thiệp thuốc dựa trên triệu chứng và các kết quả xét nghiệm;

+ 4 - 8: Cần sự can thiệp của chuyên gia dinh dưỡng kết hợp với điều dưỡng hoặc bác sĩ;

+ ≥ 9 : Cần cải thiện triệu chứng và/hoặc có can thiệp về dưỡng chất.

- Mức độ thiếu máu đánh giá theo hemoglobin: ở nữ thiếu máu khi Hb < 120g/l, ở nam Hb < 130g/l. Lượng hồng cầu trong

máu mức bình thường ở nữ: 3,8-5,0 T/l, nam: 4,2-6 T/l.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel, làm sạch và đưa vào phân tích bằng phần mềm Stata 12.0, sử dụng Test χ^2 để so sánh 2 tỷ lệ, T-test để so sánh 2 giá trị trung bình, mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Trước khi tiến hành nghiên cứu, cán bộ nghiên cứu đã làm việc chi tiết về nội dung, mục đích nghiên cứu với lãnh đạo bệnh viện, khoa phòng và người bệnh. Nghiên cứu viên trình bày và giải thích nội dung, mục đích nghiên cứu với người bệnh. Các đối tượng tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện và có quyền từ bỏ không tham gia nghiên cứu. Các thông tin về đối tượng được giữ bí mật và chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu, đem lại lợi ích cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

	Thông tin chung	n (%)
Tuổi	18 - 39	1(2)
	40 - 59	28(56)
	60	21(42)
Giới tính	Nam	33(66)
	Nữ	17(34)
Vị trí ung thư	Tâm vị	2(4)
	Hang môn vị	41(82)
	Thân vị	7(14)
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II	2(4)
	Giai đoạn III	44(88)
	Giai đoạn IV	4(8)

Thông tin chung	n (%)
Thời gian từ khi phẫu thuật đến khi truyền hoá chất đợt I ($\bar{X} \pm SD$) (ngày)	34,71 \pm 7,29

Trong số 50 người bệnh tham gia vào nghiên cứu, nhóm tuổi 40-59 chiếm tỉ lệ cao nhất 56% (28 bệnh nhân), nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn (66%). Đối tượng tham gia nghiên cứu là người bệnh ung thư dạ dày chủ yếu phát hiện bệnh

ở giai đoạn 3 (chiếm 88%) và ung thư tại hang môn vị chiếm tỉ lệ cao nhất 82%. Thời gian trung bình từ lúc mổ đến khi bệnh nhân bắt đầu điều trị hoá chất đợt I là 34,71 ngày.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước khi điều trị hoá chất

	(Giá trị trung bình \pm SD)			Min	Max	n (%)
	(n = 50)					
	Chung	Nam	Nữ			
Cân nặng (kg)	47,5 \pm 5,25	48,11 \pm 4,91	46,33 \pm 5,81	36	60	
Giảm cân(*) (kg)	7,263,54	7,633,53	6,533,56	0	15,5	
BMI trung bình (kg/m ²)	18,63 \pm 1,92	19,25 \pm 2,28	18,31 \pm 1,65	14,33	25,22	
BMI (kg/m ²)	BMI < 18,5					24 (48)
	18,5 \leq BMI < 25					25 (50)
	\geq 25					1 (2)
Điểm PG-SGA	12,26 \pm 2,55	12,33 \pm 2,88	12,11 \pm 1,8	6	17	
Đánh giá PG-SGA	PG-SGAA					3 (6)
	PG-SGA B					10 (20)
	PG-SGA C					37 (74)
Hồng cầu (T/l)	4,28 \pm 0,58	4,33 \pm 0,58	4,17 \pm 0,68	2,95	5,65	
Hemoglobin (g/l)	116,3 \pm 15,22	115,21 \pm 16,21	118,41 \pm 13,28	84	152	

(*): Giảm cân so với cân nặng thường có

Kết quả nghiên cứu tại thời điểm trước khi người bệnh bắt đầu điều trị hoá chất cho thấy cân nặng trung bình là 47,5 kg, giảm trung bình 7,26 kg so với cân nặng thường có, trong đó

người bệnh giảm nhiều nhất là 15,5 kg. BMI trung bình đạt 18,63 kg/m², người bệnh có BMI thấp nhất là 14,33 kg/m², trong đó có 24 người bệnh (48%) có BMI < 18,5 kg/m². Điểm trung

bình PG-SGA là 12,26, trong đó điểm PG-SGA lớn nhất đánh giá được là 17 điểm. Phân loại PG-SGA có 10(20%) người bệnh có PG-SGA B, 37(74%) người bệnh được đánh giá PG-SGA

C. Các chỉ số xét nghiệm máu có liên quan đến dinh dưỡng được đánh giá trung bình: hồng cầu 4,28 T/l, hemoglobin 116,3 g/l.

Bảng 3. Chỉ số nhân trắc, điểm PG-SGA và 1 số chỉ số xét nghiệm máu tại các thời điểm T0, T1, T2

	T0 (n = 50)	T1 (n = 47)	T2 (n = 43)	T0-T2	P (T0-T2)
Cân nặng (kg)	47,5 ± 5,25	46,29 ± 5,15	46,6 ± 0,96	1,21	0,02
BMI (kg/m ²)	18,63 ± 1,92	18,12 ± 2,09	18,32 ± 2,05	0,31	0,02
Điểm PG-SGA	12,26 ± 2,55	7,04 ± 2,67	3,95 ± 2,19	8,31	0,00
Hồng cầu (T/l)	4,28 ± 0,58	3,89 ± 0,44	3,64 ± 0,58	0,64	0,00
Hemoglobin (g/l)	116,3 ± 15,22	113,65 ± 12,66	114,07 ± 11,67	2,23	0,13

T0: Thời điểm trước khi điều trị hoá chất,

T1: Trước khi điều trị hoá chất đợt IV 1 ngày,

T2: Trước khi điều trị hoá chất đợt VIII 1 ngày.

Trong quá trình điều trị hoá chất, cân nặng trung bình có xu hướng giảm từ T0 (47,5 kg) đến T2 (46,29 kg), từ T2 đến T3 có tăng tuy nhiên không đạt cân nặng ban đầu khi người bệnh bắt đầu điều trị (T3: 46,6 kg). So sánh cân nặng trung bình của 43 người bệnh đã kết thúc hoá trị đợt 7 so với cân nặng trước khi điều trị cho thấy có sự giảm cân rõ rệt, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả tương tự với BMI trung bình tại thời điểm T3 giảm so với T0 có ý

nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm PG-SGA có xu hướng giảm dần qua các thời điểm theo dõi từ T0 (12,26 điểm) đến T3 (3,95 điểm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong các chỉ số xét nghiệm, lượng hồng cầu trung bình có sự sụt giảm so với thời điểm trước điều trị hoá chất, từ 4,28 T/l tại T0 còn 3,64 T/l tại T3, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra chỉ số hemoglobin cũng có xu hướng giảm tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Tình trạng thiếu máu theo hemoglobin tại thời điểm T0 và T2

	T0 (n = 50)			p	T2 (n = 43)			p
	Chung n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)		Chung n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	
Có thiếu máu	34 (68)	27 (81,82)	7 (41,18)		35 (81,4)	24 (85,71)	11 (73,33)	
				0,004				0,132
Không thiếu máu	16 (32)	6 (18,18)	10 (58,82)		8 (18,6)	4 (14,29)	4 (26,67)	

T0: thời điểm trước khi điều trị hoá chất, T2: trước khi điều trị hoá chất đợt VIII 1 ngày.

Tình trạng thiếu máu đánh giá theo hemoglobin cho thấy tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu tỉ lệ thiếu máu ở cả 2 giới là 34 người bệnh (68%), trong đó thiếu máu ở nam gấp với tỉ lệ cao hơn (81,82%) so với nữ (41,18%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tại thời điểm T2 tỉ lệ thiếu máu tăng ở cả 2 giới với tỉ lệ thiếu máu chung là 81,4%, giới nam tăng lên 85,71% và nữ tăng lên 73,33%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở 2 giới.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư dạ dày là một bệnh lí ung thư đường tiêu hoá phổ biến, ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đặc biệt sau phẫu thuật dạ dày.⁵ Phẫu thuật gây ra stress đối với cơ thể và ảnh hưởng đến dinh dưỡng của người bệnh do nhiều yếu tố: nhịn ăn trước và sau phẫu thuật, tăng năng lượng chuyển hoá. Ngoài ra các biến chứng người bệnh gặp phải sau mổ cũng có ảnh hưởng đến dinh dưỡng: sốt, nhiễm trùng, tắc ruột, rò miệng nối... Hầu hết người bệnh ung thư dạ dày trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng giảm cân. Đây là một yếu tố tiên lượng trong ung thư, giảm cân càng nhiều thì thời gian sống càng ngắn,

giảm cân tiến triển dẫn đến suy mòn; người bệnh có thể chết do suy mòn trước khi chết do bệnh lý ung thư.

Sau phẫu thuật tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy giảm và tiếp tục giảm khi điều trị hoá xạ trị. Người bệnh có thể bị giảm gần 10% cân nặng sau phẫu thuật 8 tuần.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh ung thư dạ dày sau phẫu thuật cho thấy tỉ lệ suy dinh dưỡng tương đối cao: 48% theo BMI và 74% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng (PG-SGA C), 20% người bệnh có nguy cơ suy dưỡng vừa (PG-SGA B). Tỉ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư nói chung khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thuỳ Linh và cs năm 2016 trên người bệnh ung thư điều trị hoá chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy tỉ lệ suy sinh dưỡng chung theo BMI là 21,8%, trong đó tỉ lệ người bệnh ung thư đường tiêu hoá suy dinh dưỡng cao hơn (24,1%), đánh giá theo PG-SGA cũng cho thấy 52,5% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng vừa và nặng, người bệnh ung thư đường tiêu hoá có tỉ lệ này cao hơn (58,2%).⁷ Một số nghiên cứu khác về tỉ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh

ung thư cho kết quả thấp hơn như: nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hoa tại bệnh viện K năm 2018 tỉ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư dạ dày là 38,8% theo BMI và 35,7% theo PG-SGA,⁸ nghiên cứu của Wie G.A và cộng sự năm 2010 theo BMI là 22,4%.⁹ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương năm 2013 tiến hành trên người bệnh ung thư đại trực tràng là 58,6% theo BMI.¹⁰ Sự khác biệt về tỉ lệ suy dinh dưỡng giữa các nghiên cứu có thể do tiến hành trên người bệnh với các bệnh lí ung thư khác nhau và ở các giai đoạn khác nhau. Tỉ lệ suy dinh dưỡng cao hơn ở người bệnh ung thư đường tiêu hoá đặc biệt là ung thư dạ dày là do người bệnh gặp phải các triệu chứng ảnh hưởng trực tiếp đến tiêu hoá, dẫn đến giảm khẩu phần ăn, khả năng tiêu hoá và hấp thu trong thời gian tương đối dài trước khi phát hiện bệnh. Đặc biệt với người bệnh ung thư dạ dày sau phẫu thuật, thường gặp phải nhiều triệu chứng khó chịu gây giảm khả năng ăn uống và hấp thu như: đau, no sớm, nôn, buồn nôn, tiêu chảy, hội chứng Dumping... người bệnh cần thời gian dài sau phẫu thuật để phục hồi lại khả năng ăn uống và tiêu hoá, dẫn đến nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn. Nghiên cứu cho thấy khi sử dụng bộ công cụ PG-SGA, tỉ lệ bệnh nhân bị suy dinh dưỡng theo BMI thấp hơn nhiều so với tỉ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA (48% so với 94%). Điều này có thể lý giải do mục đích của 2 công cụ này là khác nhau: BMI xác định có suy dinh dưỡng nếu BMI < 18,5. Trong khi, bộ công cụ PG-SGA dùng để đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng. Bên cạnh việc sử dụng các chỉ số nhân trắc PG-SGA còn lượng giá tình trạng sụt cân trong 6 tháng, 1 tháng qua, cùng sự xuất hiện các triệu chứng, thay đổi trong khẩu phần ăn và đánh giá các dấu hiệu lâm sàng như mất khối cơ, mất mỡ, phù.

Trong quá trình điều trị hoá chất, người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tiếp tục có sự sụt giảm cân nặng từ 47,5kg tại thời điểm T0 còn 46,29 kg tại thời điểm T2 tức sau thời điểm bắt đầu nghiên cứu khoảng 3 tháng, có tăng tại thời điểm T3 trung bình 0,31 kg (lên 46,6 kg) so với T2 tuy nhiên vẫn giảm so với T0 (sau khoảng 6 tháng). Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư dạ dày qua từng đợt điều trị hoá chất. Tuy nhiên tình trạng giảm cân ở người bệnh ung thư điều trị hoá chất đã được nhiều nghiên cứu chứng minh. Theo Phạm Thị Thanh Hoa tỉ lệ người bệnh điều trị hoá chất có cân nặng giảm trên 10% trong 6 tháng là 47,9%⁸, cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh 43,2 % bệnh nhân sụt cân $\geq 10\%$ trong 6 tháng.¹¹ Giảm cân hay suy dinh dưỡng có thể là biến chứng của bệnh ung thư hay cũng có thể là triệu chứng lâm sàng đầu tiên của bệnh ngay cả trước khi điều trị.¹² Bệnh nhân trải qua sự thay đổi về chuyển hoá, sinh lí và nhu cầu về dinh dưỡng, tăng nhu cầu các vi chất. Thêm vào đó các tác dụng của quá trình điều trị như chán ăn, tiêu chảy, táo bón, buồn nôn... gây hạn chế ăn uống càng làm vấn đề sụt cân trở nên phổ biến hơn ở những người bệnh này.

Đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng bằng bộ công cụ PG-SGA cho thấy điểm số trung bình PG-SGA qua các đợt điều trị hoá chất có xu hướng giảm từ mức trung bình 12,26 điểm còn 3,95 điểm ở T2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi chưa tìm được nghiên cứu tương tự đánh giá PG-SGA của người bệnh ở thời điểm trước, trong quá trình điều trị hoá chất ở người bệnh ung thư. Điểm số trung bình PG-SGA giảm là do thời điểm T0 được đánh giá sau khi người bệnh vừa trải qua phẫu thuật dạ dày triệt căn nên chỉ số về giảm cân trong thời gian gần trước đó

cao, người bệnh gặp nhiều các vấn đề sau mổ như: đau, nôn, no sớm, chỉ ăn được đồ ăn dạng lỏng, khối cơ, mỡ mất sau thời gian phẫu thuật chưa kịp hồi phục... Tại thời điểm T2 tức sau phẫu thuật khoảng hơn 6 tháng điểm PG-SGA được đánh giá tương đối thấp, cho thấy nhiều triệu chứng lâm sàng, các điểm số để đánh giá nguy cơ SDD có cải thiện so với thời điểm gần sau mổ. Điểm PG-SGA tương đối cao ở thời điểm T0 phản ánh mức độ cần thiết của việc can thiệp dinh dưỡng sớm cho các bệnh nhân có nguy cơ về dinh dưỡng. Đồng thời điểm PG-SGA có thể phản ánh những thay đổi trong thời gian ngắn để đánh giá và định hướng can thiệp dinh dưỡng.

Các chỉ số xét nghiệm máu còn cho thấy lượng hồng cầu trung bình giảm dần qua các đợt điều trị hoá chất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đây có thể là tác dụng phụ của quá trình điều trị hoá chất, do ức chế tủy xương tăng sinh các tế bào hồng cầu. Giảm lượng hồng cầu máu kết hợp với thiếu máu theo hemoglobin là nguyên nhân khiến nhiều người bệnh bị gián đoạn trong quá trình điều trị hoá chất và giảm hiệu quả điều trị khi có thiếu máu mức độ nặng. Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thiếu máu trước và trong điều trị hoá chất đều cao ở cả 2 giới (68% tại T0 và 81,4% tại T2). Lượng hemoglobin trung bình giảm từ $116,3 \pm 15,22$ tại T0 còn $114,07 \pm 11,67$ tại T2, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Lượng hemoglobin trung bình này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hoa là $126,9 \pm 47,2$,⁸ gần tương đương với nghiên cứu của Hongzhen Du là $117,0$ (102-129).¹⁴ Tỉ lệ thiếu máu chung ở 2 giới tại cả 2 thời điểm T0, T2 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu khác như: nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hoa (62,7%), Phan Thị Bích Hạnh là 52% trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có điều trị hoá chất,¹¹ nghiên cứu của Phạm Thị

Thu Hương trên người bệnh ung thư đại trực tràng điều trị hoá chất là 57,1%.¹⁰ Kết quả xét nghiệm tình trạng thiếu máu khác nhau ở các nghiên cứu là do đối tượng nghiên cứu khác nhau và các giai đoạn bệnh, thời điểm nghiên cứu khác nhau. Trên người bệnh ung thư dạ dày, nhiều nghiên cứu cho thấy có yếu tố nguy cơ gây thiếu máu do liên quan đến việc hấp thu các chất tham gia trong quá trình tạo máu như sắt, acid folic hay tình trạng ăn uống kém gây thiếu hụt dinh dưỡng, tình trạng này có thể tăng lên do mất máu trong phẫu thuật và khẩu phần ăn không đáp ứng đủ nhu cầu khuyến nghị sau đó. Cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn về tình trạng thiếu máu ở người bệnh ung thư dạ dày điều trị hoá chất để có các can thiệp sớm và nâng cao hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy tỉ lệ suy dinh dưỡng cao qua đánh giá bằng chỉ số BMI và tỉ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng cao theo bộ công cụ PG-SGA ở bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật triệt căn, cân nặng và BMI trung bình giảm, tỉ lệ thiếu máu tăng trong quá trình điều trị hoá chất. Từ đó cho thấy tầm quan trọng của việc can thiệp dinh dưỡng sớm cho người bệnh ung thư dạ dày nói chung đặc biệt là người bệnh trong quá trình điều trị hoá chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-249.
2. Orditura M, Galizia G, Sforza V, et al. Treatment of gastric cancer. *World J Gastroenterol*. 2014;20(7):1635-1649.
3. Dicken BJ, Bigam DL, Cass C, Mackey JR,

- Joy AA, Hamilton SM. Gastric adenocarcinoma: review and considerations for future directions. *Ann Surg.* 2005;241(1):27-39.
4. Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs.* 2005;9 Suppl 2:S51-63.
5. Cheng Y, Zhang J, Zhang L, Wu J, Zhan Z. Enteral immunonutrition versus enteral nutrition for gastric cancer patients undergoing a total gastrectomy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterol.* 2018;18(1):11.
6. Beattie AH, Prach AT, Baxter JP, Pennington CR. A randomised controlled trial evaluating the use of enteral nutritional supplements postoperatively in malnourished surgical patients. *Gut.* 2000;46(6):813-818.
7. Nguyễn Thuỳ Linh, Lê Thị Hương (2019). Hiệu quả can thiệp cải thiện tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội năm 2017 – 2018. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 118(2), 142-149.
8. Phạm Thị Thanh Hoa và Lê Thị Hương. Tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đường tiêu hoá có hoá trị tại bệnh viện K năm 2018. *Tạp chí nghiên cứu y học.* (120(4)):27-35.
9. Wie G-A, Cho Y-A, Kim S-Y, Kim S-M, Bae J-M, Joung H. Prevalence and risk factors of malnutrition among cancer patients according to tumor location and stage in the National Cancer Center in Korea. *Nutrition.* 2010;26(3):263-268.
10. Phạm Thị Thu Hương. 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.
11. Phan Thị Bích Hạnh, Lê Thị Hương, Nguyễn Thuỳ Linh, và cs. (2017). Thực trạng khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí dinh dưỡng và Thực phẩm*, **4(13)**, 93–100.
12. Fearon KC, Voss AC, Hustead DS, Cancer Cachexia Study Group. Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation on functional status and prognosis. *Am J Clin Nutr.* 2006;83(6):1345-1350.
13. Bosaeus I, Daneryd P, Lundholm K. Dietary intake, resting energy expenditure, weight loss and survival in cancer patients. *J Nutr.* 2002;132(11 Suppl):3465S-3466S.
14. Du H, Liu B, Xie Y, et al. Comparison of different methods for nutrition assessment in patients with tumors. *Oncol Lett.* 2017;14(1):165-170.

Summary

NUTRITIONAL STATUS OF GASTRIC CANCER PATIENTS DURING CHEMOTHERAPY AT CANCER HOSPITAL IN 2020 - 2021

Gastric cancer is one of the most common types of cancers in the world. It is also a cancer in which patients have a high rate of weight loss and malnutrition diagnosis. For the purpose of assessing the nutritional status changes of gastric cancer patients during chemotherapy, we conducted a study on 50 adult gastric cancer patients who had undergone radical surgery and chemotherapy according to the XELOX regimen. The following indicators were monitored and evaluated: weight, BMI, PG-SGA, red blood cells, hemoglobin. Research results shown that before chemotherapy, 48% of patients had malnutrition according to BMI, 94% of patients were at risk of malnutrition according to PG-SGA; during treatment, the average weight decreased from 47.5 kg to 46.6 kg, the average BMI decreased from 18.63 to 18.32 kg/m². From those results, we notice that the nutritional status of gastric cancer patients during chemotherapy treatment had a declining trend, and it is necessary to have an early nutritional intervention plan for these patients.

Keywords: gastric cancer, nutritional status, chemicals, malnutrition, cancer.