

**THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH  
UNG THƯ ĐẦU MẶT CỔ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2020**

Phạm Khánh Huyền<sup>1b</sup>, Trần Văn Long<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Lý<sup>2b</sup>, Đinh Thị Thu Huyền<sup>2</sup>, Trần Thị Hải Lý<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An,

<sup>2</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư Đầu - Mặt - Cổ tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 100 người bệnh ung thư Đầu - Mặt - Cổ đang điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An thời gian từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2020. Sử dụng phương pháp phỏng vấn bảng câu hỏi để thu thập thông tin cá nhân và bộ công cụ PG-SGA để đánh

giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. **Kết quả:** Có 17% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng PG-SGA, 54% người bệnh tình trạng dinh dưỡng PG-SGA B, 29% người bệnh tình trạng dinh dưỡng PG-SGA C. **Kết luận:** Phần đa người bệnh có tình trạng suy dinh dưỡng.

**Từ khóa:** Ung thư, ung thư đầu mặt cổ, dinh dưỡng

**DESCRIBE THE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS  
WITH HEAD - FACE - NECK CANCER AT NGHE AN CANCER HOSPITAL IN 2020**

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe the nutritional status of patients with Head - Face - Neck cancer at Nghe An Cancer Hospital in 2020. **Method:** Cross-sectional description for 100 people with Head - Face - Neck cancer who are being treated at Nghe An Cancer Hospital from January to March 2020. Use the question-interview method to collect personal information and the PG-SGA toolkit to assess a patient's nutritional status. **Results:** There are 17% of patients with PG-SGA nutritional status, 54% of

patients with PG-SGA nutritional status, 29% of patients with PG-SGA nutritional status. **Conclusion:** Most patients are malnourished.

**Keywords:** Cancer, head and neck cancer, nutrition.

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới và số ca mắc mới dự kiến sẽ tăng đáng kể trong những thập kỷ tới. Theo thống kê của Globocan 2018 có đến hơn 18 triệu người mắc bệnh ung thư trên thế giới và tại Việt Nam cũng có đến gần 165 nghìn ca mắc mới năm 2018 gây nên cái chết cho gần 115 nghìn người [11]. Trong khi đó, chế độ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư lại chưa được chú trọng. Tại Pháp, tỉ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở người bệnh ung thư là

---

Người chịu trách nhiệm: Phạm Khánh Huyền  
Email:khanhhuyen3091994@gmail.com  
Ngày phản biện: 06/8/2020  
Ngày duyệt bài: 12/8/2020  
Ngày xuất bản: 31/8/2020

30,9% [14]. Tỷ lệ này tại Hàn Quốc, Tây Ban Nha lần lượt là 61% và 52% [1]. Tại Việt Nam tỷ lệ SDD ở người bệnh ung thư cũng ở mức cao 58% và tỷ lệ cao nhất ở nhóm người bệnh ung thư Đầu-Mặt-Cổ (ĐMC) có đến 75% người bệnh có SDD [7]. Ung thư đầu cổ chiếm hơn 550.000 ca mắc mỗi năm trên thế giới. Tại Mỹ ung thư đầu cổ có đến 60.000 ca mắc và gây ra cái chết cho 12.000 người. Tại Việt Nam ung thư vùng ĐMC cũng là bệnh ung thư phổ biến với tỷ lệ mắc cao, trong đó ung thư vòm họng là ung thư phổ biến xếp thứ 6 với hơn 6200 ca mắc mới trong năm 2018 chiếm 3,8%; ung thư môi và khoang miệng, thanh quản, tuyến nước bọt cũng rất phổ biến chiếm tỷ lệ lần lượt là 1,1%; 1%; 0,21% [4], [8]. Người bệnh mắc ung thư vùng ĐMC có tỷ lệ SDD cao hơn những ung thư khác bởi ngoài những tác động tiêu cực của bệnh ung thư đến tình trạng dinh dưỡng thì tỷ lệ rối loạn nuốt của người bệnh ung thư ĐMC lên đến 59% gây ảnh hưởng nhiều đến tình trạng dinh dưỡng của nhóm người bệnh này [12]. Để làm rõ hơn về tình hình dinh dưỡng của người bệnh ung thư ĐMC cũng như các yếu tố liên quan đến vấn đề này, tôi thực hiện đề tài: “*Thực trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư đầu-mặt-cổ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2020*”. Nhằm mô tả thực trạng dinh dưỡng của người bệnh Ung thư Đầu - Mặt - Cổ điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An năm 2020.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng và thời gian

Người bệnh ung thư Đầu-Mặt-Cổ tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

### Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được chẩn đoán ung thư Đầu-Mặt-Cổ đang điều trị tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Có thể hiểu và trả lời bằng tiếng Việt để đáp ứng các công cụ cần thiết để thu thập dữ liệu.

Trên 18 tuổi.

Hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ.

Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh bị các khiếm khuyết không thể cân, đo được: gù vẹo cột sống, không đứng được.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2020.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

### 2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: 100 người bệnh. Chọn được 100 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu trong thời gian 3 tháng.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện

### 2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ gồm 2 phần:

Phần A: Thông tin chung: tuổi, giới, trình độ học vấn

Phần B: Sử dụng bộ công PG-SGA: gồm 7 ô đánh giá các vấn đề liên quan đến tình trạng dinh dưỡng chia làm 2 phần:

Phần 1: từ ô số 1 đến ô số 4 bao gồm bệnh sử do người bệnh khai hoặc tự điền (điểm A).

Phần 2: Ô số 5 (điểm B): Tình trạng bệnh và những nhu cầu dinh dưỡng liên quan. Ô số 6 (điểm C): Nhu cầu chuyển hóa như sốt, thời gian sốt, sử dụng corticoit. Ô số 7 (điểm D): Khám lâm sàng teo cơ, mất lớp mỡ dưới da, phù, cổ chướng.

Tổng điểm PG-SGA là: A+B+C+D. PG-SGA cung cấp việc đánh giá nguy cơ SDD của người bệnh theo 3 mức độ khác nhau: PG-SGA A (dinh dưỡng tốt) 0-3 điểm, PG-SGA B (SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD) 4-8 điểm, PG-SGA C (SDD nặng) từ 9 điểm trở lên [10].

**2.5. Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

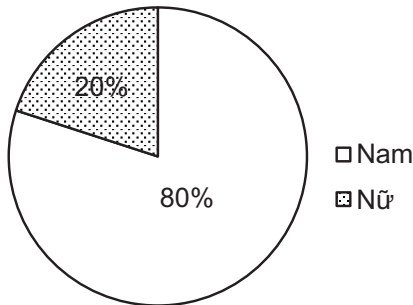
**3. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm chung**

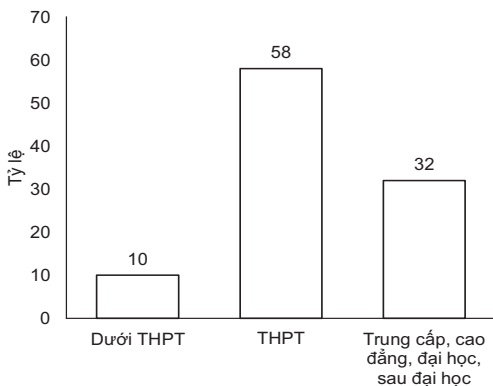
**Bảng 3.1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=100)**

Đặc điểm nhân khẩu học		SL	TL %
Tuổi	18 – 39	5	5
	40 – 59	57	57
	Trên 60 tuổi	38	38
	Mean±SD	57,36±10,5	
Nghề nghiệp	Nông dân	34	34
	Viên chức/ hành chính	23	23
	Hưu trí/ lao động tự do	42	42
	Học sinh/sinh viên	1	1

**Nhận xét:** Chỉ có 5% người bệnh độ tuổi 18 – 39. 42% người bệnh hưu trí/lao động tự do.



**Biểu đồ 3.1: Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=100)**



**Biểu đồ 3.2: Đặc điểm trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu (n=100)**

**3.2. Tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.2: Triệu chứng liên quan đến ăn uống (n=100)**

Đặc điểm	SL	TL %
Chán ăn/ăn không ngon	52	52
Buồn nôn	36	36
Nôn	19	19
Táo bón	4	4
Tiêu chảy	3	3
Nhiệt miệng	11	11
Khô miệng	54	54
Thay đổi vị giác	15	15
Mùi vị thức ăn	23	23
Khó nuốt	12	12
Mệt mỏi	71	71
Đau	20	20
Cảm giác no sớm	11	11
Vấn đề khác	1	1
Không vấn đề gì	3	3

**Nhận xét:** Hầu hết người bệnh đều có một trong các triệu chứng liên quan đến ăn uống. Trong đó có 52% người bệnh có triệu chứng chán ăn/ ăn không ngon miệng, chỉ có 3% người bệnh không có vấn đề gì về ăn uống.

**Bảng 3.3: Tình trạng dinh dưỡng phân theo PG-SGA (n=100)**

Phân loại PG-SGA	SL	TL %
PG-SGA A	17	17
PG-SGA B	54	54
PG-SGA C	29	29

**Nhận xét:** Chỉ có 17% người bệnh tình trạng dinh dưỡng mức độ PG-SGA A (dinh dưỡng mức độ tốt), có 83% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng mức độ PG-SGA B và PG-SGA C.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Thông tin chung

Tuổi: Từ bảng 3.1, đối tượng nghiên cứu có điểm trung bình độ tuổi  $57,36 \pm 10,5$ . Kết quả này giống với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh  $57,1 \pm 11,43$  tuổi (thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 87 tuổi) [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài (2018) độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 58,98 (SD = 12,97) [3].

Tuổi là một yếu tố nguy cơ tiềm tàng với hầu hết các bệnh, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh càng cao do thời gian tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ càng nhiều [5], đồng thời quá trình lão hóa theo lứa tuổi cũng khiến sự phát triển và phân chia của tế bào dễ xảy ra sai sót dẫn đến sự bất thường.

Giới tính: Từ biểu đồ 3.1, tỷ lệ người bệnh nam giới chiếm 80%, trong khi nữ giới chỉ chiếm 20%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh (2018) người bệnh nam giới chiếm 61,3% cao hơn so với nữ giới chiếm 38,7% [7]. Nghiên cứu của Đào Thị Thu Hoài (2015) có tỷ lệ nam giới chiếm 62,3%; nữ giới chiếm 37,7% [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài (2018) tỷ lệ nam giới (56,0%) gặp nhiều hơn tỷ lệ nữ giới (44,0%) [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Thái thấy đối tượng được phỏng vấn chủ yếu là nam chiếm 83,6%, đối tượng là nữ chỉ chiếm 16,4% [9].

### 4.2. Tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA

Từ bảng 3.2, người bệnh có triệu chứng liên quan đến ăn uống trong 2 tuần trước: 71% có triệu chứng mệt mỏi, 52% chán ăn/ ăn không ngon, buồn nôn 36%, nôn 19%, khô miệng 54%, đau 20%, thay đổi vị giác 15%, mùi vị thức ăn 23%, cảm giác no sớm 11%, táo bón 4%, vấn đề khác 1% và chỉ có 3% người bệnh không có vấn đề. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hương Quỳnh triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống của người bệnh trong 2 tuần trước: có 60,0% có triệu chứng mệt mỏi; 40,7% có

triệu chứng chán ăn; 40,7% có triệu chứng khô miệng; 30,7% có triệu chứng táo bón; 28,0% có triệu chứng buồn nôn; 18,7% có triệu chứng đau; mùi vị thức ăn 20,7%. Các triệu chứng khác nhiệt miệng, cảm giác no sớm, khó nuốt, thay đổi vị giác, tiêu chảy, nôn dao động từ 9,3% đến 17,3%. Có 1 người bệnh (0,7%) có vấn đề khác và 1,3% người bệnh không có vấn đề [7]. So với nghiên cứu của Dương Thị Phượng (2016) có đến 65,8% người bệnh có triệu chứng mệt mỏi; 44,2% có triệu chứng khô miệng, tỷ lệ thay đổi vị giác, buồn nôn, táo bón và mùi vị thức ăn lần lượt là 37,5%; 34,2%; 32,5% và 27,5%. Tỷ lệ có nôn và tiêu chảy là 20,8% và 18,3%. Các triệu chứng khác như khó nuốt và nhiệt miệng cũng dao động khoảng 20% [6]. Kết quả tuy có sự khác biệt giữa các nghiên cứu, tuy nhiên kết quả đều cho thấy rằng tỷ lệ người bệnh có những triệu chứng ảnh hưởng đến dinh dưỡng là đáng kể. Do đó, việc sàng lọc, can thiệp dinh dưỡng kịp thời trước và trong suốt quá trình điều trị ung thư có thể góp phần làm giảm tác dụng gây độc tế bào và các biến chứng liên quan do tác dụng phụ của phương pháp điều trị [13].

Từ bảng 3.3, có 54% người bệnh tình trạng dinh dưỡng PG-SGA B (SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD), 29% người bệnh tình trạng dinh dưỡng PG-SGA C (SDD nặng), chỉ có 17% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng PG-SGA (dinh dưỡng tốt). Kết quả này khác so với nghiên cứu của Nguyễn Hương Quỳnh tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD hay SDD vừa/ nặng (PG-SGA B và C) (58,0%) cao hơn tỷ lệ người bệnh có tình trạng dinh dưỡng tốt (42,0%). Trong số người bệnh có nguy cơ SDD thì tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD nặng chiếm tỷ lệ khá cao là 16,7% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Thái có 30% người bệnh tình trạng dinh dưỡng tốt 30%, hơn 1/2 tổng số người bệnh ung thư phổi trong tình trạng suy dinh dưỡng ở mức độ nhẹ đến trung bình chiếm 53,8%, số người bệnh suy dinh

dưỡng nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 15,6% [9]. Có sự khác biệt này có thể do đặc điểm đối tượng nghiên cứu (điều kiện kinh tế, nghề nghiệp, trình độ văn hóa..) khác nhau. Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp PG –SGA cho thấy cần phải có kế hoạch sàng lọc đánh giá và đánh giá lại định kỳ TTDD của tất cả người bệnh ngay từ sớm để có biện pháp can thiệp phù hợp, đặc biệt là người bệnh có nguy cơ SDD cao như người bệnh ung thư.

### 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 100 người bệnh ung thư đầu mặt cổ có 54% người bệnh tình trạng dinh dưỡng PG-SGA B( SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD), 29% người bệnh tình trạng dinh dưỡng PG-SGA C(SDD nặng), chỉ có 17% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng PG-SGA (dinh dưỡng tốt). Vì vậy, nhân viên y tế cần tăng cường tư vấn định kỳ chế độ dinh dưỡng cho người bệnh và đồng thời phải kiểm tra đánh giá tình trạng dinh dưỡng thường xuyên cho người bệnh, để đáp ứng kịp nhu cầu tránh suy dinh dưỡng ở người bệnh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Dinh dưỡng và An toàn thực phẩm (2012). *Dinh dưỡng và Vệ sinh an toàn thực phẩm*, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
2. Đào Thị Thu Hoài (2016). *Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư tại trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai năm 2016*, Trường Đại Học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Hoài (2018). *Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư có điều trị bằng hóa chất tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2018*. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
4. Nguyễn Tuyết Mai và cộng sự (2015). *Hóa trị một số bệnh ung thư đầu mặt cổ*, Nhà xuất bản Y học, Bộ Y tế - Bệnh Viện K, tr. 7-28.

5. Hoàng T. B. Ngọc (2017). *Nghiên cứu thực trạng dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Kiến An Hải Phòng năm 2017*. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

6. Dương Thị Phương và cộng sự (2016). *Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016*, 106(1), 163-169.

7. Nguyễn Thị Hương Quỳnh (2018). *Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư điều trị bằng hóa chất tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2018*, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

8. Bùi Công Toàn và cộng sự (2015). *Xạ trị một số bệnh ung thư đầu mặt cổ*, Bộ Y tế - Bệnh Viện K, Nhà xuất bản y học, pp. 9-29.

9. Nguyễn Thị Hồng Thái (2019). *Thực trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư phổi điều trị tại khoa ung bướu bệnh viện phổi trung ương năm 2019*. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

10. Trần Văn Thuấn và cộng sự (2019). *Dinh dưỡng trong dự phòng và điều trị ung thư*, Bộ môn dinh dưỡng - Trường đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản y học, 29-31.

11. Bray F. et al. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394-424.

12. Michael E Groher et al. (2015). *Dysphagia: clinical management in adults and children*, Elsevier Health Sciences, 585-591.

13. PlanasM et al. (2011). Guidelines for specialized nutritional and metabolic support in the critically-ill patient. Consensus SEMICYUC-SENPE: Oncohematological patient. *Nutricion hospitalaria*, 26(2), 23 -25.

14. Pressoir M et al. (2010). Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *British Journal of Cancer*, 102(6), 249-258.