

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Thị Vân*, Nguyễn Văn Quế, La Văn Luân

Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Email: levanddls@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất đóng vai trò vô cùng quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe bệnh nhân ung thư góp phần hạn chế quá trình sụt cân để nâng cao khả năng chống đỡ và đáp ứng với hóa trị, nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất và một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân. **Kết quả:** 118 bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa trị có 61,9% nguy cơ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng theo PG-SGA, theo BMI có 38,1 % suy dinh dưỡng. Có sự khác biệt giữa tình trạng dinh dưỡng PG-SGA trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất theo nhóm tuổi, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, loại ung thư, phương pháp điều trị, đường nuôi dưỡng và hành vi lối sống với $p < 0,05$. **Kết luận:** Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng cao 61,9%. Điều dưỡng cần chú trọng đến việc sàng lọc tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước khi điều trị hóa trị để đưa ra các biện pháp can thiệp chăm sóc dinh dưỡng kịp thời trên bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư, hóa trị, tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng.

ABSTRACT

NUTRITION STATUS AND SOME RELATED FACTORS IN THE PATIENT WITH GASTROINTESTINAL CANCER WHO HAVE CHEMOTHERAPY TREATMENT IN THE ONCOLOGY CENTER, THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Le Thi Van*, Nguyen Van Que, La Van Luan

Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy

Background: Nutrition for patients with gastrointestinal cancer who have chemotherapy and methods to improve nutritional status play an important role in the health care of cancer patients, contributing to reduce the decline weight process in order to improve the resistance and adapt with the chemotherapy, enhance the quality of life, and decrease patient mortality.

Objectives: To assess the nutritional status of patients with gastrointestinal cancer who have chemotherapy at Thai Nguyen National Hospital; To identify factors related to the nutritional status of patients with gastrointestinal cancer who have chemotherapy at Thai Nguyen National Hospital.

Materials and methods: A cross-sectional study. To study the nutritional status of patients with gastrointestinal cancer who have chemotherapy and to identify factors related to the nutritional status of these patients. **Results:** Among 118 gastrointestinal cancer patients who have chemotherapy, 61.9% had a risk of malnutrition or malnutrition according to the PG-SGA; based on BMI, there were 38.1% of patients with malnutrition. There was a difference between the nutritional status of PG-SGA in chemotherapy-treated gastrointestinal cancer patients by age, education level, occupation, type of cancer, treatment method, feeding route, and lifestyle with $p < 0.05$. **Conclusion:** The findings show that there was a high proportion of chemotherapy-treated patients with gastrointestinal cancer who has a high risk of malnutrition and malnutrition (69.1%). Nurses need to pay more attention to assess the nutritional status of patients before the chemotherapy treatment and give health education to provide nutritional care interventions to enhance the treatment and care effectiveness and improve the quality of life for patients.

Keywords: cancer, chemotherapy, nutritional status, malnutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường tiêu hóa là một trong những loại ung thư gây SDD nhiều nhất do sự tham gia của hệ thống tiêu hóa nên gặp các biến chứng nghiêm trọng hơn ảnh hưởng trực tiếp đến hấp thu, tiêu hóa các chất dinh dưỡng [7]. Ngoài ra, hóa chất điều trị ung thư có tác dụng chống lại hầu hết các loại ung thư nhưng thuốc có nhiều độc tính và biến chứng đối với bệnh nhân ung thư. Những biến chứng ảnh hưởng đến chức năng tiêu hóa của bệnh nhân như: buồn nôn, nôn, chán ăn, viêm niêm mạc miệng, tiêu chảy làm cho bệnh nhân ăn kém, không ăn được hoặc giảm hấp thu, dẫn đến tình trạng sút cân, SDD thậm chí dẫn đến tình trạng suy kiệt trong quá trình điều trị ung thư [3].

Vì vậy, việc tìm hiểu về tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và các yếu tố ảnh hưởng đến TTDD trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất đóng vai trò rất quan trọng để có một chế độ chăm sóc dinh dưỡng hợp lý trong việc cải thiện TTDD, hạn chế quá trình sút cân nâng cao khả năng chống đỡ và đáp ứng với hóa trị nên chúng tôi đề xuất thực hiện đề tài: “Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên” với hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- + Được chẩn đoán ung thư đường tiêu hóa có điều trị hóa chất
- + Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.
- + Được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*

- + Ung thư tái phát.
- + Người bệnh đang trong tình trạng cấp cứu, hạn chế giao tiếp và không thể trả lời được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu
- + Cỡ mẫu: Được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ

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

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

p: tỷ lệ bệnh nhân UT có nguy cơ bị suy dinh dưỡng theo PG-SGA lấy từ nghiên cứu trước là $p = 0,58$ (Theo nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh, 2017).

α : là mức có ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

d: là sai số cho phép, chọn tỉ lệ này là 10%. Thay vào công thức: $n = 94$. Để đảm bảo cỡ mẫu nên đã cộng thêm khoảng 10%. Do vậy cỡ mẫu là 102, thực tế lấy được 118.

+ Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

- *Nội dung nghiên cứu*

* *Chỉ tiêu nghiên cứu*

- Nhân khẩu học: tuổi, giới, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, xếp loại kinh tế, nơi ở.
- Đặc điểm lâm sàng: Chẩn đoán, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị, thời gian phát bệnh, đường nuôi dưỡng.

- Hành vi lối sống: hút thuốc lá/thuốc lào, lạm dụng rượu bia, hoạt động thể lực.

- TTDD theo PG-SGA và BMI.

* *Tiêu chuẩn và cách đánh giá*

- 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.

- Cách đánh giá:

Chỉ số BMI (Body Mass Index)

+ BMI ≥ 25 : thừa cân

+ BMI: 18,5-24,99: bình thường

+ BMI < 18,5: SDD

Bộ công cụ đánh giá TTDD tổng thể theo chủ quan PG-SGA chia 3 mức độ:

+ PG-SGA A (0-1 điểm): dinh dưỡng tốt.

+ PG-SGA B (2-8 điểm): SDD nhẹ hoặc trung bình hoặc nguy cơ SDD.

+ PG-SGA C (≥ 9 điểm): SDD nặng

*** Phương pháp thu thập số liệu**

- Thu thập thông tin chung: bằng cách phỏng vấn và ghi chép bệnh án.
 - Thu thập các thông tin nhân trắc học về số đo chiều cao và cân nặng: sử dụng thước dây 2 mét và cân TATINA.

- Thu thập số liệu đánh giá TTDD tổng thể theo chủ quan PG-SGA: Sử dụng bộ công cụ PG - SGA để phỏng vấn và thu thập các thông tin liên quan đến TTDD của bệnh nhân và khám lâm sàng để phát hiện teo cơ; mất lớp mỡ dưới da; phù, cổ chướng.

* **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu 118 bệnh nhân cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,7 \pm 9,1$ tuổi, nhiều nhất là nhóm tuổi 40-60 tuổi chiếm 50%, nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 69,5%. Về nghề nghiệp chủ yếu là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 50,8% trong đó 28% có trình độ văn hóa cấp 1, sống chủ yếu ở nông thôn (53,4%).

3.2. Tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị

Bảng 1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA

TTDD theo PG-SGA	N	%
PG-SGA A	45	38,1
PG-SGA B	51	43,2
PG-SGA C	22	18,6

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy 61,9% có nguy cơ SDD và SDD theo PG-SGA, trong đó 43,2 % bệnh nhân có nguy cơ SDD hoặc SDD nhẹ, vừa và 18,6% SDD nặng.

Bảng 2. Đánh giá TTDD theo BMI

Phân loại BMI (kg/m ²)	Chung n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	p
SDD	45 (38,1)	33 (40,2)	12 (33,3)	p > 0,05
Bình thường	66 (55,9)	42 (51,2)	24 (66,7)	

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy theo phân loại BMI thì tỷ lệ SDD chung được ghi nhận là 38,1%, nam cao hơn nữ nhưng không có sự khác biệt thống kê.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến TTDD bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa trị theo phân loại PG-SGA

Bảng 3. Mối liên quan giữa TTDD theo PG-SGA với đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng và hành vi lối sống.

Đặc điểm liên quan		SDD n (%)	Không SDD n (%)	p	OR (95%CI)
Nhóm tuổi	> 60	39 (71,9)	16 (29,1)	p = 0,02	2,2 (1,0-4,7)
	37-60	33 (52,4)	30 (47,6)		
Trình độ văn hóa	Cấp 1	30 (81,1)	7 (18,9)	p = 0,02	1
	Cấp 2	18 (51,4)	17 (48,6)		4,0 (1,4-11,6)
	Cấp 3 trở lên	24 (52,2)	22 (47,8)		3,9 (1,4-10,7)
Nghề nghiệp	Nông dân	44 (73,3)	16 (26,7)	p = 0,001	1
	Công nhân, cán bộ viên chức	2 (18,2)	9 (81,8)		12 (2,4-63,5)
Vị trí	Thực quản	21 (87,5)	3 (12,5)		1

Đặc điểm liên quan		SDD n (%)	Không SDD n (%)	p	OR (95%CI)
ung thư	Dạ dày	22 (59,5)	15 (40,5)	p = 0,01	4,7 (1,2-18,9)
	Đại tràng	12 (38,7)	19 (61,3)	p = 0,000	11 (2,7-45,3)
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn IV	41 (73,2)	15 (26,8)		1
	Giai đoạn III	27 (61,4)	17 (38,6)	p = 0,20	1,4 (0,8-2,5)
	Giai đoạn II	7 (43,8)	9 (56,3)	p = 0,027	2,1 (1,1-3,8)
Phương pháp điều trị	Xạ trị – Hóa trị	21 (87,5)	3 (12,5)		1
	Phẫu thuật - Hóa trị	42 (53,2)	37 (46,8)	p = 0,003	6,1 (1,7-22,3)
Đường nuôi dưỡng	Thông hồng tràng	15 (88,2)	2 (11,8)	p = 0,01	5,7 (1,2-26,6)
Tập thể dục	< 30 phút	30 (75)	10 (25)	p = 0,02	2,5(1,1-5,9)
	>=30 phút	42 (53,8)	36 (46,2)		
Hút thuốc lá		25 (80,6)	6 (19,4)	p = 0,009	3,5(1,3-9,5)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy bệnh nhân nhóm tuổi >60 tuổi bị SDD cao gấp 2,2 lần nhóm 37-60 tuổi với $p < 0,05$. Trình độ văn hóa cấp 1 bị SDD cao gấp 4 lần so với trình độ văn hóa cấp 2 và gấp 3,9 lần so với cấp 3 trở lên với $p < 0,05$. Nghề nghiệp nông dân có nguy cơ SDD cao gấp 12 lần công nhân, cán bộ viên chức với $p < 0,05$.

Bệnh nhân ung thư thực quản có nguy cơ SDD cao gấp 4,7 lần ung thư dạ dày và cao gấp 11 lần ung thư đại tràng với $p < 0,05$. Ung thư giai đoạn IV có nguy cơ SDD gấp 2,1 lần ung thư giai đoạn II với $p < 0,05$. Bệnh nhân được điều trị bằng xạ trị - hóa trị có nguy cơ SDD gấp 6,1 lần so với ung thư điều trị bằng phẫu thuật - hóa trị với $p < 0,05$. Bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng ống thông hồng tràng có nguy cơ SDD cao gấp 5,7 lần so với không mở ống thông hồng tràng với $p < 0,05$.

Bệnh nhân hút thuốc lá có nguy cơ SDD cao hơn gấp 3,5 lần không hút thuốc với $p < 0,001$. Lạm dụng rượu bia có nguy cơ SDD cao gấp 3,3 lần với $p < 0,05$. Tập thể dục <30 phút/ngày có nguy cơ SDD gấp 2,5 lần so với tập >=30 phút/ngày với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mô tả TTDD của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa

Kết quả của chúng tôi cho thấy có 61,9% có nguy cơ SDD và SDD theo PG-SGA trong đó 43,2% PG-SGA B và 18,6 % PG-SGA C. Kết quả tương tự nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh và Nguyễn Thị Minh Tâm cũng ghi nhận tỷ lệ SDD trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất lần lượt là 58,5%, 59,3% [1][5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh cũng cho thấy SDD nặng chiếm tỷ lệ khá cao 16,7% [4]. TTDD theo BMI thì bệnh nhân có BMI dưới 18,5 là 38,1%. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hoa năm 2018 trên bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại bệnh viện K thì tỷ lệ BMI dưới 18,5 là 35,2% [2].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến TTDD trên bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất

4.2.1. Liên quan giữa TTDD và đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, hành vi lối sống.

Nhóm tuổi >60 tuổi bị SDD cao gấp 2,2 lần nhóm 37-60 tuổi với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (2014) với kết quả tuổi cao là một yếu tố nguy cơ của tình trạng SDD [6]. Nghiên cứu của Silva cũng chỉ ra nhóm trên 60 tuổi có nguy cơ bị SDD cao gấp 1,44 lần nhóm dưới 60 tuổi [11]. Những bệnh nhân cao tuổi có

thể trạng kém hơn, sức chịu đựng và khả năng hấp thu kém hơn, đối tượng dễ bị tổn thương hơn về cả thể chất và tâm lý, đồng thời những yếu tố khác như sa sút trí tuệ, bất động, chán ăn hay răng yếu có thể làm trầm trọng thêm TTDD. Bệnh nhân có trình độ văn hóa cấp 1 bị SDD cao gấp 4 lần so với cấp 2 và gấp 3,9 lần so với cấp 3 trở lên với $p < 0,05$, nghề nghiệp nông dân có nguy cơ SDD cao gấp 12 lần công nhân, cán bộ viên chức với $p < 0,05$. Nguyên nhân do bệnh nhân có trình độ văn hóa thấp thiếu kiến thức về chăm sóc dinh dưỡng bệnh nhân ung thư. Người nông dân thường không có thời gian chăm sóc dinh dưỡng, kinh tế thường khó khăn hơn nên việc thực hành chăm sóc dinh dưỡng cho bản thân còn thấp. Vì vậy, điều dưỡng cần chú trọng giáo dục sức khỏe, cung cấp kiến thức, hướng dẫn thực hành về dinh dưỡng cho nhóm đối tượng này.

Bệnh nhân hút thuốc lá có nguy cơ SDD cao hơn gấp 3,5 lần không hút với $p < 0,001$. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Silva cho thấy hút thuốc lá có nguy cơ SDD cao gấp 1,25 lần với $p < 0,05$ [11]. Nhiều nghiên cứu khác cũng chỉ ra rượu, bia và các đồ uống có cồn có mối liên quan đến tình trạng SDD trên bệnh nhân ung thư [9]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân lạm dụng rượu bia có nguy cơ SDD cao gấp 3,3 lần với $p < 0,05$. Bệnh nhân tập thể dục < 30 phút/ngày có nguy cơ SDD gấp 2,5 lần so với tập thể dục ≥ 30 phút/ngày với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Zalina có mối liên quan nghịch giữa tình trạng tập thể dục và SDD, bệnh nhân tích cực hoạt động nguy cơ SDD thấp hơn với $p < 0,05$ [12]. Khuyến cáo tập thể dục cho những bệnh nhân ung thư vận động ít nhất 30 phút từ trung bình đến mạnh ít nhất 5 ngày mỗi tuần [10].

Bệnh nhân ung thư thực quản có nguy cơ SDD cao gấp 4,7 lần ung thư dạ dày với $p < 0,05$ và cao gấp 11 lần ung thư đại tràng với $p < 0,001$. Bệnh nhân được điều trị bằng xạ trị - hóa trị có nguy cơ SDD gấp 6,1 lần so với điều trị bằng phẫu thuật - hóa trị với $p < 0,05$. Nguyên nhân là do bệnh nhân điều trị xạ trị - hóa trị chủ yếu trên bệnh nhân ung thư thực quản, do thực quản là đoạn đầu của ống tiêu hóa có nhiệm vụ đưa thức ăn từ miệng đến dạ dày mà thực quản hẹp và có khối u nên hạn chế hấp thu dinh dưỡng từ đường miệng và ảnh hưởng của quá trình điều trị nên dinh dưỡng của bệnh nhân chủ yếu phải mở thông hồng tràng nuôi ăn nên ảnh hưởng rất nhiều đến TTDD.

Bệnh nhân ung thư giai đoạn IV có nguy cơ SDD cao hơn giai đoạn I, II và III do ung thư giai đoạn muộn các triệu chứng của ung thư đã ảnh hưởng đến việc ăn uống khiến bệnh nhân mệt mỏi, chán ăn dẫn đến sụt cân, SDD cũng như tác dụng phụ hóa chất, tia xạ đã ảnh hưởng đến TTDD của bệnh nhân.

Bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng ống thông hồng tràng có nguy cơ SDD cao gấp 5,7 lần với $p < 0,05$ do bệnh nhân được nuôi qua ống thông hồng tràng đều xảy ra trên nhóm bệnh nhân ung thư thực quản gây ảnh hưởng đến việc ăn qua đường miệng, dinh dưỡng cung cấp không đủ nhu cầu nuôi dưỡng nên bệnh nhân được bác sĩ tư vấn mở ống thông hồng tràng để nuôi dưỡng trực tiếp. Vì vậy, bệnh nhân ung thư thực quản được nuôi dưỡng ống thông hồng tràng cần tư vấn đầy đủ, chi tiết về cách chế biến, cách cho ăn để đáp ứng đủ năng lượng cần thiết cho cơ thể hạn chế SDD, sụt cân, đồng thời cần sự phối hợp giữa bác sĩ lâm sàng và khoa dinh dưỡng phát hiện thiếu hụt dinh dưỡng tiến hành chủ động mở ống thông sớm giải quyết vấn đề ăn uống của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

5.1. TTDD của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có hóa trị

- Theo phân loại PG-SGA tỷ lệ SDD và có nguy cơ SDD là 61,9%.
- SDD theo phân loại BMI là 38,1%.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng

- Bệnh nhân nhóm tuổi >60 tuổi bị SDD cao gấp 2,2 lần nhóm 37-60 tuổi. Trình độ văn hóa cấp 1 bị SDD cao gấp 4 lần so với trình độ văn hóa cấp 2. Nghề nghiệp nông dân có nguy cơ SDD cao gấp 12 lần công nhân, cán bộ viên chức với $p < 0,05$.

- Bệnh nhân hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, tập thể dục < 30 phút/ngày có nguy cơ suy dinh dưỡng cao gấp 3,5; 3,3 và 2,5 lần với $p < 0,05$.

- Bệnh nhân ung thư thực quản có nguy cơ SDD cao gấp 4,7 lần ung thư dạ dày và 11 lần ung thư đại tràng. Ung thư giai đoạn IV có nguy cơ SDD gấp 2,1 lần giai đoạn II. Bệnh nhân được điều trị bằng xạ trị - hóa trị có nguy cơ SDD gấp 6,1 lần so với điều trị bằng phẫu thuật - hóa trị. Bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng ống thông hồng tràng có nguy cơ SDD cao gấp 5,7 lần so với không mở ống thông hồng tràng với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Bích Hạnh (2017). *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*. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. Phạm Thị Thanh Hoa (2018). *Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có hóa trị tại Bệnh viện K năm 2018*. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Nguyễn Văn Hiếu (2015). *Ung thư học*. Nhà xuất bản y học.
4. Nguyễn Thị Hương Quỳnh (2017). Đánh giá TTDD của người bệnh ung thư điều trị bằng hóa chất tại bệnh viện quân y 103. *Khoa học Điều dưỡng*, 1(3), 43-47.
5. Nguyễn Thị Minh Tâm (2017). *Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2017*. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Trịnh Hồng Sơn và cộng sự (2014). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước mổ ung thư dạ dày. *Y học thực hành*, 844(10), 3-7.
7. Arrieta O (2010). Association of nutritional status and serum albumin levels with development of toxicity in patients with advanced non-small cell lung cancer treated with paclitaxel-cisplatin chemotherapy: a prospective study. *BMC cancer*, 10, 50.
8. Bray F (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.
9. Lochhead, P., Nishihara, R., et al. (2015). Postdiagnostic intake of one-carbon nutrients and alcohol in relation to colorectal cancer survival. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 102(5), 1134-1141.
10. Rutledge, L (2016). Weight Management and Exercise for the Cancer Survivor. *Clinical journal of oncology nursing*, 20(2), 129-132.
11. Fernanda Rafaella de Melo Silva (2015). Factors associated with malnutrition in hospitalized cancer patients: a cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 14, 123.
12. Zalina, A. Z (2012). Relationship between nutritional status, physical activity and quality of life among gastrointestinal cancer survivors. *Malaysian Journal of Nutrition*, 18(2), 255-264.

(Ngày nhận bài: 04/09/2020 - Ngày duyệt đăng: 22/12/2020)