

TỈ LỆ SUY MÒN CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ NHẬP VIỆN TẠI KHOA HÓA XẠ TRỊ TRUNG TÂM UNG BƯỚU CỦA BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lê Thị Bích Phượng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ suy mòn của bệnh nhân ung thư nhập viện tại khoa Hóa Xạ trị Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, trên 127 bệnh nhân ung thư nhập viện tại khoa Hóa Xạ trị Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 4 năm 2015. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân ung thư mới (chưa được điều trị phác đồ ung thư trước đó) và có chỉ định hóa trị hoặc xạ trị. **Kết quả:** Tỉ lệ suy mòn của bệnh nhân ung thư khác nhau theo giới, nhóm tuổi, BMI và từng loại bệnh ung thư. Nam suy mòn cao hơn nữ (nam chiếm 64,6%, nữ chiếm 35,4%). Nhóm tuổi trên 35 có tần suất suy mòn cao chiếm trên 90%, bệnh nhân có BMI thấp suy mòn chiếm 79,3%. Trong các loại ung thư thì ung thư đường tiêu hóa chiếm tần suất suy mòn cao nhất 48,8%, ung thư đầu mặt cổ 29,1%, ung thư phổi 12,6% và cuối cùng là ung thư khác 9,5%. Nhìn chung tỉ lệ suy mòn của bệnh nhân ung thư trước hóa xạ trị chiếm tỉ lệ khá cao đến 59,1% và tiền suy mòn là 4,7%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu này cho thấy được tỉ lệ suy mòn ở bệnh nhân ung thư chiếm khá cao điều đó giúp cho người điều trị quan tâm đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước hóa xạ trị, can thiệp sớm cho người bệnh cải thiện được thời gian sống còn, giảm chi phí nằm viện, kéo dài sự sống cho bệnh nhân ung thư.

Từ khóa: suy mòn của bệnh nhân ung thư, hóa xạ trị.

ABSTRACT

THE PREVALENCE OF CANCER- CACHEXIA PATIENTS ON ADMISSION AT CHEMO-RADIOTHERAPY DEPARTMENT IN ONCOLOGY CENTER, CHORAY HOSPITAL

Le Thi Bich Phuong¹

Objectives: to determine the rate of cancer patients who have cachexia in the chemo-radiotherapy department, Oncology center, Cho Ray hospital. **Subject and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 127 cancer patients admitted to the chemo-radiotherapy department Oncology Center, Cho Ray Hospital, from Oct 2014 to Apr 2015. Patients group were newly-diagnosed cancer (who have never suffered from any treatments before) and now is consulted to obtain chemotherapy or radiotherapy.

Results: The rate of cachexia in cancer patients differ in sex, age, BMI and type of cancer. Male was seen to have cachexia more than female. Patients group aged over 35 had high rate of cachexia (> 90%).

1. Bệnh viện Chợ Rẫy

- Ngày nhận bài (received): 9/4/2017; Ngày phản biện (revised): 4/5/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 15/6/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Thị Bích Phượng
- Email: phuongddcr@gmail.com ; DT: 0903198964

The cachexia rate in the patients with low BMI was 79.3%. Among the cancer types, the gastrointestinal carcinoma took the highest rate, followed by the head and neck cancer, lung cancer and others (48.8%, 29.1, 12.6% and 9.5% respectively. Overall, the cachexia rate of pre-chemo-radiotherapy cancer patients was fairly high, about 5.1%, and pre-cachexia rate was 4.7%.

Conclusions: This study showed a relatively high rate of cachexia in cancer patients, thus making the physicians become more concerned to the nutritional state of pre-chemo-radiotherapy patients. Therefore, early treatment will be made, improving their lifetime and decreasing the medical costs.

Keywords: Cancer cachexia, chemo-radiotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê Tổ chức Y tế thế giới năm 2012, ung thư là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng đầu trên thế giới với số người mắc và chết do ung thư không ngừng tăng thêm, chiếm 8,2 triệu trường hợp tử vong [11].

Bên cạnh các nguyên nhân gây ung thư thì dinh dưỡng cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc hình thành và phát triển bệnh lý ung thư [28]. Tình trạng thường thấy đó là suy mòn, một hội chứng liên quan đến chuyển hóa đặc hiệu trong bệnh lý ung thư. Trong nhiều thập niên gần đây, suy mòn ung thư đã và đang được quan tâm vì những bất lợi của nó lên chất lượng sống còn của người bệnh [9].

Suy mòn trong ung thư là một hội chứng chuyển hóa phức tạp liên quan đến nhiều yếu tố. Hội chứng suy mòn bao gồm tình trạng sụt cân tiến triển bởi suy mòn khối cơ xương, sụt giảm khối mỡ, tình trạng mệt mỏi và biếng ăn [10]. Trong đó, sụt cân là một yếu tố tiên lượng bệnh, sụt cân càng nhiều thời gian sống còn càng ngắn. Kết quả từ những nghiên cứu trước cho thấy rằng mất 25 – 30% cân nặng có thể gây tử vong và 20% bệnh nhân ung thư tử vong là do suy mòn nặng trước khi do bệnh lý ung thư gây ra [2]. Từ thực tế lâm sàng cho thấy suy dinh dưỡng nặng xuất hiện không ít ở bệnh nhân ung thư. Tình trạng này ảnh hưởng đến quá trình điều trị và hồi phục như tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật (nhiễm trùng, chậm lành vết mổ) hoặc phải giảm liều hóa hay xạ trị, phải tạm ngưng một thời gian ngắn do người bệnh quá suy mòn, không thể chịu đựng hơn nữa những tác dụng phụ của thuốc, tăng chi phí nằm viện. Ngoài ra còn làm giảm chất lượng

cuộc sống, không đáp ứng điều trị và giảm sức đề kháng của cơ thể. Vì lẽ đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Xác định tỉ lệ suy mòn của bệnh nhân ung thư nhập viện tại khoa Hóa Xạ trị Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Chợ Rẫy.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 127 bệnh nhân ung thư mới được chẩn đoán và có chỉ định hóa trị hoặc xạ trị tại khoa Hóa Xạ trị, Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 4 năm 2015.

Tiêu chuẩn chọn vào:

Bệnh nhân có chẩn đoán ung thư bằng giải phẫu bệnh lý.

Chưa được điều trị hóa xạ trị trước đó

Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tuổi nghiên cứu từ 16-75 tuổi

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân mất một phần cơ thể trước đó

Bệnh nhân không đứng được, gù, vẹo cột sống

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả:

Tiêu chuẩn chẩn đoán suy mòn:

1 trong 2 tiêu chuẩn bất buộc

- Sụt cân trên 5% cân nặng tối đa trong vòng 12 tháng

- Hoặc BMI dưới 20kg/m²

Cộng với 3 trong 4 tiêu chuẩn khác

- Sức cơ

- Mệt mỏi

- Biếng ăn

- Hoặc bất thường nồng độ 1 trong các chất trong máu như giảm Hb (<120g/dL), albumin (<3,2g/dL), tăng CRP>5mg/L.

Phương pháp tiến hành

Dữ liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn được soạn sẵn gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, hoàn cảnh kinh tế, phân loại bệnh ung thư kết hợp với cân đo chiều cao, chu vi giữa cánh tay, nếp gấp da vùng cơ tam đầu, sức cơ bàn tay và bộ câu hỏi điều tra khẩu phần ăn, tiêu chí đánh giá một mỗi.

Bộ câu hỏi :

- Đánh giá một mỗi: Thang điểm Likert là bộ câu hỏi được sử dụng phổ biến để đánh giá thang điểm một mỗi ở bệnh nhân ung thư. Bộ câu hỏi gồm 11 câu hỏi chia thành 4 lĩnh vực đo lường: Ít hơn bình thường, bình thường, nhiều hơn bình thường,

rất nhiều hơn bình thường, sử dụng 0, 1, 2 và 3 cho mỗi câu trả lời, có điểm từ 0 đến 33 kết quả lớn hơn 18 là một mỗi và ngược lại. Thang điểm Likert phiên bản tiếng Việt có hệ số Alpha dao động từ 0,6-0,9. Do đó, chúng tôi chọn thang đo này để đánh giá một mỗi cho bệnh nhân ung thư.

- Biếng ăn: Đánh giá qua điều tra khẩu phần ăn bằng cách nhớ lại 24 giờ kết hợp điều tra tần suất ăn uống của bệnh nhân ở những tháng gần đây.

- Sức cơ bàn tay: Dụng cụ hand grip JAMA Hand Dynamometer.

Phân tích dữ liệu: Nhập liệu bằng Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 12.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n =127)

Đặc tính	n	%
Giới		
Nam	82	64,6
Nữ	45	35,4
Nhóm tuổi		
< 35 tuổi	12	09,5
35-60 tuổi	62	48,8
> 60 tuổi	53	41,7
Trình độ học vấn		
≤ Cấp I	43	33,9
Cấp II	33	25,9
> Cấp II	51	40,2
Nghề nghiệp		
CBCC	26	20,5
Nông dân	47	37,0
Công nhân	12	9,4
Khác	42	33,1
Phân bố về nơi cư trú		
Tỉnh	106	83,5
TP	21	16,5
Dân tộc		
Kinh	120	94,5
Khác	07	05,5

Bảng 2. Phân loại ung thư (n=127)

Phân loại ung thư	n	%
Đường tiêu hóa	62	48,8
Đầu mặt cổ	37	29,1
Phổi	16	12,6
Ung thư khác	12	9,5

3.2. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3. Đặc điểm chung tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu (n=127)

Biến số	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Chiều cao (m)	1,58 $\pm$ 0,08	1,29	1,75
CN hiện tại (kg)	53,5 $\pm$ 10,07	31,6	80
BMI (kg/m ²) hiện tại	21,31 $\pm$ 3,46	13,5	32
Cân nặng lúc chưa bệnh (kg)	57,8 $\pm$ 10,46	35	84,5
% sụt cân/ 12 tháng	6 (3,8-9,4)*	1,4	27
CV giữa cánh tay (cm)	26 $\pm$ 3,5	17	36
Nếp gấp da vùng cơ tam đầu (mm)	12,18 $\pm$ 5,81	2	32
Diện tích cơ vùng cánh tay (mm ²)	3990,3 $\pm$ 959,5	1846	6566
Sức cơ bàn tay (kg)	26,94 $\pm$ 8,7	11,7	47,3
Điểm mật mồi	18,87 $\pm$ 2,67	8	25
Hb máu (mg/dL)	125,2 $\pm$ 17,07	69	168
Albumin máu (g/dL)	4,29 $\pm$ 0,48	2,7	5,5
CRP (mg/L)	2,6 (0,80-9,50)*	0,00	180,10

* Trung vị (khoảng tứ vị).

Bảng 4. Đặc điểm suy mòn

Biến số	n	%
Có suy mòn	75	59,1
Không suy mòn	52	40,9

Bảng 5. Mức độ suy mòn

Biến số	n	%
Suy mòn	75	59,1
Tiền suy mòn		4,7
Không suy mòn	12	36,2

Bảng 6. Mức độ suy mòn theo phân loại ung thư

Phân loại	Không SM n (%)	Tiền SM n (%)	SM n (%)	p
Tiêu hóa	18 (29)	4 (6,5)	40 (64,5)	0,675
Phần phụ/khác	5 (41,8)	0 (0,0)	07 (58,2)	
Ung thư phổi	6 (37,5)	3 (18,8)	07 (43,8)	
Ung thư đầu mặt cổ	17 (46)	5 (13,5)	15 (40,5)	

Bảng 7. Mức độ suy mòn theo BMI, nhóm tuổi, giới tính.

Biến số	Không SM n (%)	Tiền SM n (%)	Suy mòn n (%)	p
BMI				
BMI < 18,5	05(17,3)	01(3,5)	23(79,3)	0,03
BMI 18,5-25	32(38,6)	04(4,8)	47(56,6)	
BMI > 25	09(60,0)	01(6,7)	05(33,3)	
Nhóm tuổi				
Từ <35 tuổi	03(25,0)	00(0)	09(75,0)	0,25
Từ 35-60 tuổi	26(41,9)	1(1,6)	35(56,5)	
Trên 60 tuổi	17(32,1)	5(9,4)	31(58,5)	
Giới				
Nam	29(35,4)	4(4,9)	49(59,8)	0,94
Nữ	17(37,8)	2(4,4)	26(57,8)	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong 6 tháng nghiên cứu, chúng tôi đã chọn ra được 127 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong đó nam cao hơn nữ, điều này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Lê Tuấn Anh năm 2013 khảo sát tỉ lệ tuân thủ và các yếu tố liên quan của bệnh nhân hoá xạ trị tại khoa Hoá Xạ trị Bệnh viện Chợ Rẫy [1]. Nam giới là lực lượng lao động chính trong xã hội nên thường xuyên phải tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ từ môi trường độc hại, đồng thời thường có lối sống không lành mạnh như hút thuốc lá, uống nhiều rượu bia, ít quan tâm đến sức khỏe. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 54 tuổi, cũng không có sự khác biệt so với nhiều nghiên cứu khác như 58,5 tuổi của Trịnh Hồng Sơn [3], 55 tuổi của Imayama và cộng sự [9] và 55,9 tuổi của Buentzel J [6]. Đồng thời chúng tôi cũng ghi nhận được bệnh ung thư xuất hiện trên 50% ở độ tuổi trên 35. Nguy cơ mắc bệnh ung thư tăng dần sau độ tuổi từ 40-44 trở lên và đây cũng là nhận định của Tổ chức Y tế thế giới [11], tần suất mới mắc bệnh ung

thư tăng dần theo tuổi. Tần suất mắc bệnh ung thư có liên quan đến yếu tố nghề nghiệp như những người thường xuyên làm việc trong môi trường ô nhiễm, tiếp xúc với hoá chất độc hại, thì dễ dẫn đến mắc bệnh ung thư. Trong nghiên cứu có hơn 1/3 số bệnh nhân chiếm 37% (47/127) là nông dân, những người thường xuyên tiếp xúc với những hóa chất độc hại như thuốc trừ sâu, diệt cỏ. Do nghiên cứu được thực hiện tại khoa Ung bướu bệnh viện Chợ Rẫy, một bệnh viện tuyến cuối của khu vực phía Nam, nên có đến 83,5% (106/127) bệnh nhân là từ tuyến tỉnh và dân tộc Kinh cũng chiếm 95% (120/127).

4.2. Tần suất các loại bệnh ung thư

Ung thư đường tiêu hóa chiếm cao nhất 48,8% (62/127), kế đến là ung thư đầu mặt cổ chiếm 29,1% (37/127); ung thư phổi 12,6% (16/127) và thấp nhất là các loại ung thư khác 9,5% (12/127). Dù chưa có báo cáo về tần suất của từng loại bệnh ung thư ở các bệnh viện ung bướu ở nước ta, nhưng ung thư phổi, tiêu hóa (dạ dày, trực tràng, gan, ruột non), đầu mặt cổ (vòm hầu, não, mắt, thanh quản), ung thư khác (vú, tiền liệt tuyến, tử cung) là một trong 10 loại ung

thư thường gặp nhất [2]. Cơ quan quốc tế nghiên cứu ung thư (IARC) thống kê được ung thư phổi chiếm tần suất 13% gần giống với nghiên cứu của chúng tôi. Còn trong bài tổng quan y văn của tác giả Blum và cộng sự trên 6325 bệnh nhân ung thư thì tiêu hóa chiếm tần suất cao nhất (40-50%), ung thư phổi chiếm tần suất (10-20%) [5].

4.3. Đặc điểm dinh dưỡng chung

Bệnh nhân trong nghiên cứu có chiều cao trung bình là $1,58 \pm 0,08$ (mét), nhưng vẫn có người có chiều cao rất thấp (1,29 mét). Chiều cao thấp so với tuổi ở người trưởng thành là kết quả của tình trạng thấp còi lúc nhỏ. Tiếc rằng tỉ lệ thấp còi ở trẻ em cho đến nay vẫn còn khá cao (28,3%) theo báo cáo của Viện Dinh dưỡng Quốc gia năm 2010 [4]. Trong các phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng thì BMI là công cụ đầu tiên, nhằm phản ánh một cách tổng thể về tình trạng dinh dưỡng (cân nặng so với chiều cao). Trên 127 bệnh nhân chúng tôi ghi nhận suy dinh dưỡng ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) chiếm 22,8% (29/127), trong đó cũng gặp bệnh nhân có BMI rất thấp ($BMI = 13,5 \text{ kg/m}^2$). Ngược lại tần suất bệnh nhân bị thừa cân béo phì là 11,8% (15/127). Theo tiêu chuẩn chẩn đoán suy mòn, $BMI < 20 \text{ kg/m}^2$ là một trong hai tiêu chuẩn bắt buộc, tuy nhiên nếu bệnh nhân có $BMI > 20 \text{ kg/m}^2$ chưa hẳn là không suy mòn vì người bệnh vẫn có thể bị sụt cân không chủ ý ($> 5\% / 12$ tháng) mà khi đó BMI vẫn còn nằm tiêu chuẩn bình thường hay thừa cân, béo phì. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán suy mòn thì phần trăm sụt cân không chủ ý là một trong hai tiêu chuẩn bắt buộc. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận sự phân bố của % sụt cân là không đều, có bệnh nhân sụt cân quá nhiều tới 27% trong vòng 12 tháng. Nhiều y văn đã xác nhận, tiền sử sụt cân nặng ($> 10\% / 12$ tháng) là một yếu tố tiên lượng độc lập với tăng tần suất tử vong, sụt cân càng nhiều thì chắc chắn tần suất tử vong sẽ càng cao. Hay có thể nói cách khác, sụt cân càng nhiều liên quan với giảm tần suất sống còn ở bệnh nhân ung thư [7]. Theo tác giả Lima Gomes và cộng sự những bệnh nhân bị sụt giảm trên 5% cân nặng có khả năng sống còn ít hơn so với những bệnh nhân bị

sụt cân $< 5\%$ cân nặng [8]. Không những vậy, nó còn liên quan với giảm chất lượng sống còn của người bệnh [19]. Song thực tế lâm sàng cho thấy, vấn đề này ít được bác sĩ ung thư lưu tâm, có chăng chỉ ghi nhận trọng lượng cơ thể hoặc giá trị BMI ở bệnh nhân nhập viện, dù đây là một chỉ số dễ phát hiện và lại rất có ý nghĩa trong tiên lượng kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi có mối tương quan giữa các mức BMI với mức độ sụt cân có ý nghĩa ($p = 0,03$).

4.4. Tình trạng suy mòn

Suy mòn trong ung thư là một hội chứng đa yếu tố, được định nghĩa bởi sự mất khối cơ xương tiếp diễn có hay không có kèm mất khối mỡ cơ thể. Nó là kết quả của cân bằng năng lượng và đạm âm (do giảm cung cấp dinh dưỡng và bất thường về chuyển hoá). Vì vậy trong tiêu chuẩn chẩn đoán không chỉ bao gồm chỉ số BMI thấp ($< 20 \text{ kg/m}^2$) hay sụt cân ý nghĩa ($> 5\% \text{ CN} /$ tối đa 12 tháng), mà còn có các chỉ số đánh giá về mức độ biếng ăn, mệt mỏi, chỉ số khối cơ và sức cơ thấp và bất thường về sinh hóa [7]. Từ các tiêu chuẩn đó chúng tôi đã phát hiện được tỉ lệ suy mòn của bệnh nhân ung thư là 59,1%. Tỉ lệ này tương đương với số liệu thống kê chung ở bệnh nhân ung thư tại các bệnh viện Châu Âu là tần suất suy mòn trong ung thư chiếm từ 50 đến 80% [11]. Rõ ràng suy mòn là phổ biến trong lâm sàng. Nó có thể xảy ra từ trước khi có chẩn đoán ung thư, thời điểm chẩn đoán bệnh và trong cả quá trình điều trị ung thư. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng suy mòn có liên quan với tăng biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật ung thư, tăng độc tính trong hạn chế liều thuốc, tăng tần suất tử vong [8], [9]. Thật vậy, có đến 20% bệnh nhân ung thư chết do suy mòn trước khi chết do chính bệnh lý ung thư gây ra. Tuy nhiên tần suất suy mòn trong một vài nghiên cứu lại thấp hơn như theo thống kê tần suất suy mòn ung thư chung tại Hoa Kỳ là 30% [2] điều này có thể giải thích theo cơ chế của suy mòn ung thư như mức độ rối loạn chuyển hoá phụ thuộc vào loại bệnh lý ung thư, giai đoạn bệnh khi được chẩn đoán sớm hay muộn và khả năng ăn uống ở người bệnh.

Bệnh viện Trung ương Huế

Điều này càng rõ ràng hơn trong báo cáo của một số tác giả. Tần suất suy mòn ở bệnh nhân ung thư tiêu hóa là 85%, theo Deans và cộng sự hay theo tác giả E. Bruera, tần suất suy mòn ung thư đường tiêu hóa 80% và ung thư phổi là 60% [8].

Ngoài ra, nghiên cứu cũng đã ghi nhận mức độ suy mòn ở bệnh nhân. Giai đoạn rất sớm cần phát hiện đó là tiền suy mòn (sụt cân <5% cân nặng, biếng ăn và bất thường về đáp ứng viêm), đến giai đoạn suy mòn (theo tiêu chuẩn như đã nêu) và giai đoạn suy mòn nặng (dị hoá và không đáp ứng với kháng điều trị ung thư cùng với điểm chỉ số biểu hiện chức năng cơ thể thấp, tiên lượng sống dưới 3 tháng). Tuy nhiên, chúng tôi chỉ phân ra được 2 nhóm đó là tiền suy mòn và suy mòn, do đối tượng bệnh nhân tham gia mẫu nghiên cứu được đánh giá trước khi bắt đầu hoá trị hay xạ trị, vì vậy nên không thể đánh giá là có hay không có đáp ứng với liệu pháp điều trị ung thư, cũng như tiên lượng thời gian sống còn của bệnh nhân.

4.5. Mức độ suy mòn

Bên cạnh 59,1% (75/127) bệnh nhân có biểu hiện suy mòn rõ, thì cũng có khoảng 4,8% (6/127) bệnh nhân ở giai đoạn tiền suy mòn. Tuy tần suất tiền suy mòn thấp, nhưng tình trạng này cũng nên được lưu tâm trong lâm sàng, vì nó có thể tự hồi phục, nhưng cũng có thể diễn tiến nặng hơn như suy mòn rõ rệt hay suy mòn khó hồi phục. Quá trình suy mòn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như loại bệnh ung thư, giai đoạn bệnh ung thư lúc phát hiện và liệu pháp điều trị. Theo ghi nhận của các chuyên gia ung thư ở nước ta thì ung thư phổi, đường tiêu hóa, đầu mặt cổ cũng là các loại bệnh lý ung thư thường gặp [2]. Đồng thời cũng ghi nhận khoảng 2/3 bệnh nhân ung thư thường ở giai đoạn muộn khi nhập viện. Vì vậy bệnh nhân ở nước ta nếu như ở giai đoạn tiền suy mòn mà không

được ghi nhận khi mới tiếp nhận bệnh nhân, thì khả năng dễ dàng dẫn đến suy mòn rõ rệt, suy mòn nặng trong quá trình điều trị. Điều này sẽ gây ra nhiều bất lợi trong điều trị như đáp ứng kém với điều trị, hay phải giảm liều lượng thuốc hay liều tia xạ hoặc nguy cơ biến chứng nhiễm trùng cao, thậm chí sẽ có thể làm giảm khả năng sống còn, chất lượng sống kém sau khi điều trị đã hoàn tất.

Nghiên cứu cho thấy có một sự tương quan giữa BMI thấp và tần suất suy mòn cao ($p=0,03$). Song điều thú vị là không chỉ suy mòn gặp nhiều ở bệnh nhân có BMI thấp ($<18,5\text{kg/m}^2$) mà cũng có thể gặp ở những bệnh nhân thừa cân, béo phì với BMI cao ($>25\text{kg/m}^2$) chiếm 33% (5/15) bệnh nhân. Như vậy, nếu như trong lâm sàng thực tế như hiện nay chỉ dựa vào chỉ số BMI trong đánh giá ban đầu về tình trạng dinh dưỡng thì sẽ có thể bỏ sót không ít bệnh nhân có tình trạng suy mòn. Ngược lại, nhằm góp phần làm giảm những ảnh hưởng của suy mòn trong điều trị thì nên ghi nhận thêm những chỉ số khác liên quan đến chẩn đoán suy mòn như sụt cân, biếng ăn, mệt mỏi và bất thường về albumin hay CRP trong máu, để có thể phát hiện sớm tình trạng suy mòn này và từ đó đưa ra được những biện pháp chăm sóc dinh dưỡng trong ung thư không chỉ giúp phòng ngừa hay phục hồi tình trạng sụt cân, khối cơ và sức cơ mà còn giúp cải thiện chất lượng sống và tăng khả năng sống còn cho bệnh nhân ung thư [10].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ suy mòn ở bệnh nhân ung thư trước hóa xạ trị chiếm tần suất khá cao 59,1% và tiền suy mòn 4,7%, bệnh nhân suy dinh dưỡng càng nặng thì tần suất suy mòn càng cao, bệnh nhân béo phì tần suất suy mòn cũng cao 33,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Tuấn Anh, Võ Trần Tuyết Diễm (2013) “Tỉ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan của bệnh nhân hóa xạ trị tại khoa Hóa Xạ trị - Bệnh viện Chợ Rẫy”. *Tạp chí Y học*, tập 17: tr.186-190.

2. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Hoài Nga và cs (2008) “Tình hình mắc bệnh ung thư ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2005-2008”. *Tạp chí Ung thư Việt Nam*, (1): tr. 20-24.

3. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Bá Anh, Lê Minh Hương, Nguyễn Thanh Long (2013) “Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày”. *Tạp chí Y học thực hành*, tập 884 (10): tr. 6-13.
4. Viện dinh dưỡng quốc gia (2012) “Quyết giảm tỉ lệ trẻ thấp còi dưới 5 tuổi”.
5. Blum D, Omlin A, Baracos VE, Solheim TS, Tan BH, Stone P, Kaasa S, Fearon K, Strasser F (2011) “Cancer cachexia: a systematic literature review of items and domains associated with involuntary weight loss in cancer”. *Crit Rev Oncol Hematol*, volume 80 (1): pp. 114-44.
6. Buentzel J, Krauss T, Buentzel H, Froehlich D, Oehler W (2012) “Nutritional Parameters for Patients with Head and Neck Cancer”. *Anticancer Res* 2012 May, volume 43 (5): pp. 219-23.
7. Deans DAC, Tan BH, Wigmore SJ, Ross JA, De Beaux AC, Paterson-Brown S, Fearon KCH (2009) “The influence of systemic inflammation, dietary intake and stage of disease on rate of weight loss in patients with gastroesophageal cancer”. *British Journal of Cancer*, volume 100: pp 63–69.
8. Gomes de Lima KV, Maio R (2012) “Nutritional status, systemic inflammation and prognosis of patients with gastrointestinal cancer”. *Nutr Hosp.*, volume 27 (3): pp. 707-14.
9. Imaiama I, Alfano CM, Neuhauser ML, George SM, Smith AW (2013) “Weight, inflammation, cancer-related symptoms and health related quality of life among breast cancer survivors”. *Epub ahead of print*, volume 140 (1)12: pp. 159-176.
10. Li QW, Li GC, Wang YN, Long ZW, Liu XW, Zhang Z (2013) “Association of nutrition with treatment compliance and toxicities in patients undergoing chemoradiation after gastrectomy”. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*, volume 16 (6) pp. 529–33.
11. WHO (2015) *Cancer*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>, accessed on February 2015.