

HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP DINH DƯỠNG CẤU TRÚC HÓA QUA MỞ THÔNG DẠ DÀY TRÊN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐANG HÓA TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Văn Quốc Cường¹, Châu Viết Lộc², Hồ Đỗ Vinh¹, La Thị Hoàng Oanh³, Trần Đại Hùng³, Nguyễn Thị Hồng Liên¹, Nguyễn Hoài Linh¹

¹Khoa Dinh dưỡng, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

²Phòng Nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

³Khoa Nội Ung bướu 2, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả lâm sàng của một quy trình can thiệp dinh dưỡng có cấu trúc, sử dụng khẩu phần từ thực phẩm tự nhiên được chuẩn hóa theo hướng năng lượng cao.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu, tự đối chứng trên 32 người bệnh ung thư thực quản hoặc hạ họng - thanh quản giai đoạn II - IV đang hóa trị tại Bệnh viện Trung ương Huế, thực hiện từ 05/2024 đến 07/2025. Người bệnh được nuôi ăn theo phác đồ dinh dưỡng mục tiêu với năng lượng 25 - 30 kcal/kg/ngày và protein 1,0 - 1,5 g/kg/ngày, sử dụng công thức súp xay năng lượng cao đã chuẩn hóa. Các chỉ số được đánh giá trước can thiệp (T0) và sau can thiệp (T1).

Kết quả: Tại T0, suy dinh dưỡng rất phổ biến khi 87,5% người bệnh thuộc nhóm PG-SGA B hoặc C. Sau can thiệp (T1), cân nặng tăng trung bình $1,46 \pm 1,23$ kg và BMI cải thiện từ $18,11 \pm 2,499$ lên $18,65 \pm 2,47$, đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Albumin huyết thanh tăng $2,76 \pm 2,72$ g/L ($p < 0,001$). Tỷ lệ đạt nhu cầu năng lượng khuyến nghị trên 30 kcal/kg tăng từ 59,4% lên 87,5%. Hồi quy đa biến logistisc ghi nhận số đợt hóa trị tích lũy từ 4 đợt trở lên là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng suy dinh dưỡng nặng (OR = 3,43; $p = 0,042$).

Kết luận: Can thiệp dinh dưỡng có cấu trúc bằng súp xay chuẩn hóa qua mở thông dạ dày là giải pháp khả thi và hiệu quả, giúp cải thiện rõ rệt tình trạng dinh dưỡng, hạn chế sụt cân và tăng dự trữ protein ở người bệnh ung thư đang hóa trị. Mô hình này có chi phí hợp lý, dễ triển khai và phù hợp với bối cảnh nguồn lực y tế còn hạn chế.

Từ khóa: Ung thư thực quản; Ung thư hạ họng; Mở thông dạ dày (MTDD); Can thiệp dinh dưỡng cấu trúc; Suy mòn do ung thư; Nuôi ăn qua ống thông.

ABSTRACT

EFFICACY OF STRUCTURED NUTRITIONAL INTERVENTION VIA GASTROSTOMY IN CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Tran Van Quoc Cuong¹, Chau Viet Loc², Ho Do Vinh¹, La Thi Hoang Oanh³, Tran Dai Hung³, Nguyen Thi Hong Lien¹, Nguyen Hoai Linh¹

Background: This study evaluated the clinical effectiveness of a structured nutritional intervention using a high-energy, standardized diet based on natural foods.

Ngày nhận bài: 20/10/2025. Ngày chỉnh sửa: 26/01/2026. Chấp thuận đăng: 14/02/2026

Tác giả liên hệ: Trần Văn Quốc Cường. Email: cuonghuemed@gmail.com. ĐT: 0931979767

Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa...

Methods: We conducted a prospective, single-arm, self-controlled clinical intervention in 32 patients with stage II - IV esophageal cancer or hypopharyngeal - laryngeal cancer receiving chemotherapy at Hue Central Hospital from May 2024 to July 2025. Patients received enteral feeding via gastrostomy using a standardized high-energy blended soup formula to meet target nutritional requirements of 25 - 30 kcal/kg/day and 1.0 - 1.5 g protein/kg/day. Outcomes were assessed before the intervention (T0) and after the intervention period (T1).

Results: At baseline (T0), malnutrition was highly prevalent, with 87.5% of patients classified as PG-SGA B or C. After the intervention (T1), mean body weight increased by 1.46 ± 1.23 kg and BMI improved from 18.11 ± 2.499 to 18.65 ± 2.47 , both statistically significant ($p < 0.001$). Serum albumin increased by 2.76 ± 2.72 g/L ($p < 0.001$). The proportion of patients meeting the recommended energy intake (> 30 kcal/kg/day) rose from 59.4% to 87.5%. Multivariable logistic regression identified cumulative chemotherapy exposure (≥ 4 cycles) as an independent risk factor for severe malnutrition (OR = 3.43; $p = 0.042$).

Conclusions: A structured nutritional intervention using a standardized high-energy blended diet delivered via gastrostomy is feasible and effective, significantly improving nutritional status, attenuating weight loss, and increasing protein reserves in chemotherapy patients with upper aerodigestive tract cancers. This approach is cost-effective, practical, and well suited for resource-limited healthcare settings.

Keywords: Esophageal Cancer; Hypopharyngeal Cancer; Gastrostomy; Structured Nutritional Intervention; Cancer Cachexia; Blended Tube Feeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản và ung thư vùng đầu cổ như hạ họng, thanh quản thường gây chèn ép đường ăn, làm suy kiệt nhanh và suy dinh dưỡng nặng. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư thực quản đứng thứ 11 về mắc mới nhưng thứ 7 về tử vong [1]. Người bệnh hay nhập viện khi đã nuốt nghẹn rõ, khẩu phần bị hạn chế kéo dài, kèm hội chứng suy mòn ung thư làm mất khối cơ và giảm dung nạp điều trị [2,3,6,16]. Hóa trị, đặc biệt phác đồ Cisplatin và 5-FU, càng làm nặng tình trạng này do độc tính tiêu hóa; do đó chăm sóc dinh dưỡng và kiểm soát triệu chứng là nền tảng [5,6,16].

Khi ăn đường miệng không đạt trên 60% nhu cầu, mở thông dạ dày là lựa chọn nuôi dưỡng dài hạn [8]. Tuy nhiên ở Việt Nam, rào cản lớn là chất lượng khẩu phần: súp xay tự chế phổ biến nhưng đậm độ năng lượng-protein biến thiên, có thể rất thấp nếu không chuẩn hóa, dẫn đến không đạt mục tiêu dinh dưỡng [9,10]. Vì vậy, nghiên cứu này đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa qua mở thông dạ dày ở người bệnh ung thư thực quản và hạ họng - thanh quản đang hóa trị, đồng thời xác định các yếu tố liên quan suy dinh dưỡng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiền cứu, tự đối

chứng thực hiện tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 05/2024 đến tháng 07/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh ≥ 18 tuổi; chẩn đoán xác định ung thư thực quản hoặc hạ họng/thanh quản; có chỉ định hóa trị; đã thực hiện mở thông dạ dày; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh suy gan/thận nặng; đái tháo đường không kiểm soát; người bệnh tử vong hoặc bỏ điều trị trước khi đánh giá lại.

Cỡ mẫu: Kết thúc nghiên cứu có 32 người bệnh hoàn thành đầy đủ quy trình theo dõi (T0-T1).

2.2. Quy trình can thiệp dinh dưỡng

Quy trình can thiệp được xây dựng dựa trên khuyến nghị của ESPEN [4,6] và điều chỉnh phù hợp với thực tiễn lâm sàng:

Bước 1: Đánh giá toàn diện ban đầu (T0): Trước khi bắt đầu đợt hóa trị, người bệnh được đánh giá đa mô thức: Sàng lọc dinh dưỡng bằng PG-SGA (Patient-Generated Subjective Global Assessment), Nhân trắc học (Cân nặng, BMI), sinh hóa (Albumin, Hemoglobin, Số lượng bạch cầu Lympho), Khẩu phần (Điều tra hồi cứu 24 giờ để xác định năng lượng nền)

Bước 2: Can thiệp dinh dưỡng mục tiêu

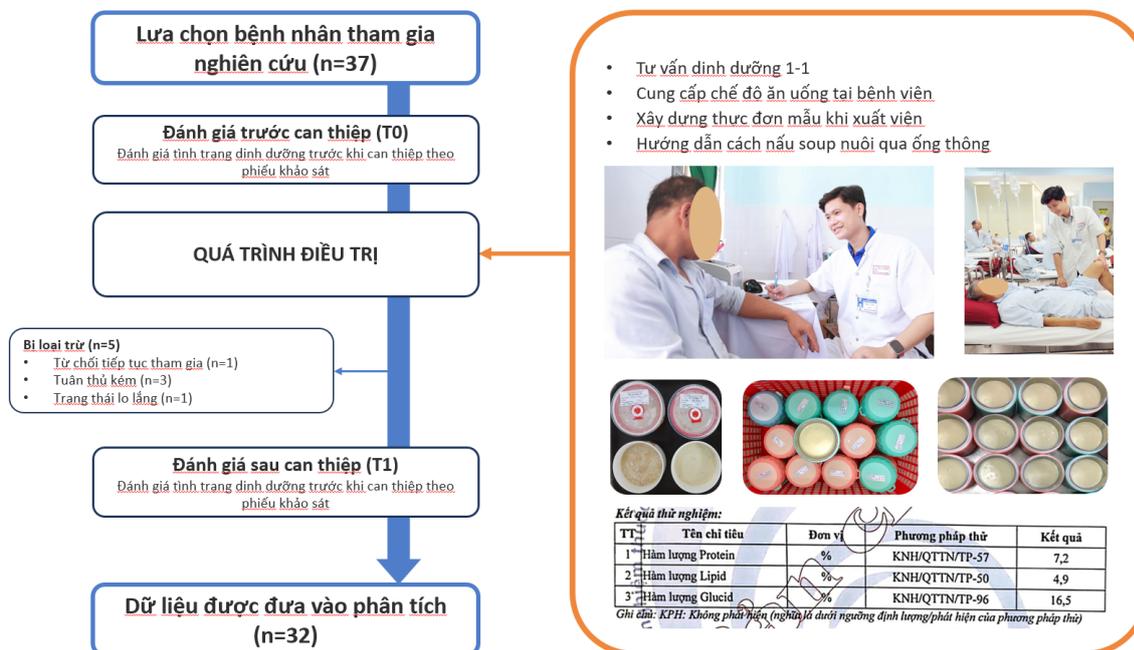
- Xác định nhu cầu năng lượng: Mục tiêu là 25-30 kcal/kg/ngày và Protein 1.0 - 1.5 g/kg/ngày.

- Công thức “Súp xay chuẩn hóa”: Thay vì để

Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa...

người nhà tự nấu theo kinh nghiệm, nghiên cứu cung cấp công thức chuẩn để đạt đậm độ năng lượng 1 kcal/ml.

Bước 3: Đánh giá lại (T1) sau đợt can thiệp, đánh giá lại toàn bộ các chỉ số để so sánh.



2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các kiểm định thống kê bao gồm so sánh trước sau Paired-sample T-test, so sánh tỷ lệ Chi-square/Fisher's exact test và xác định yếu tố liên quan bằng hồi quy logistic. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ

Phần lớn mẫu nghiên cứu là 96,9% nam giới. Có 78,1% người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn IV với BMI trung bình 18,11. Về yếu tố kinh tế xã hội, có 34,4% kinh tế khó khăn, 40,6% học vấn thấp (Bảng 1).

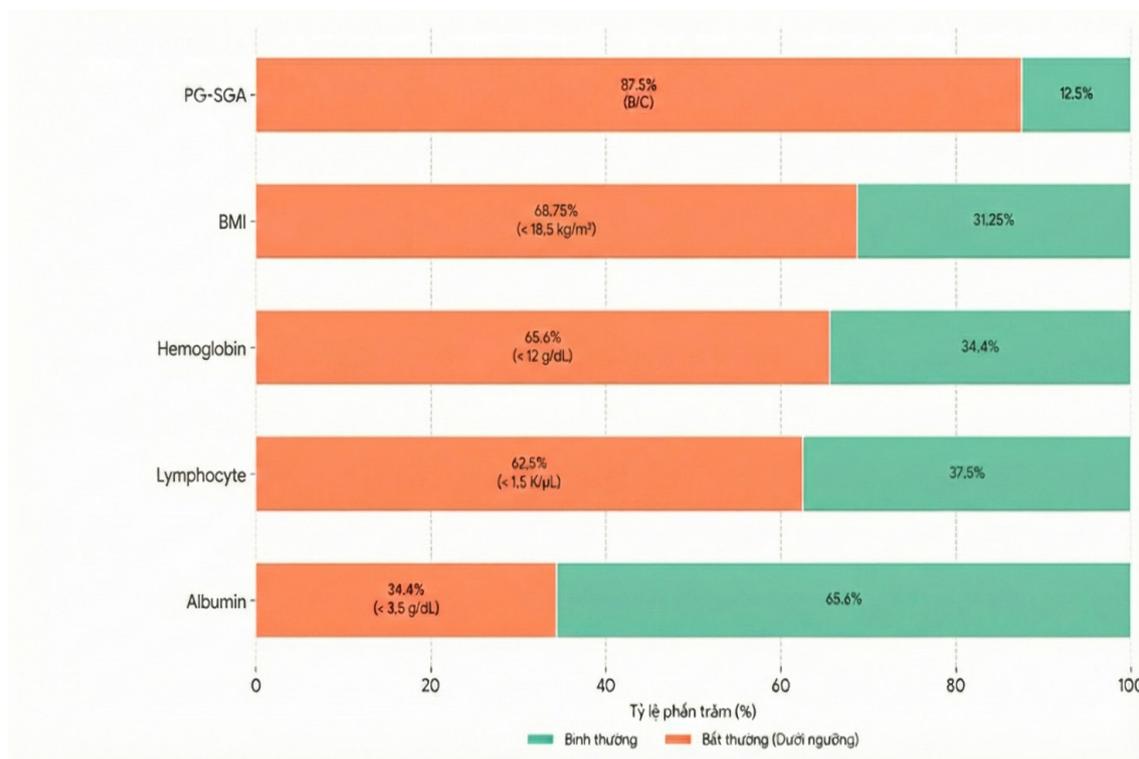
Bảng 1: Thông tin nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng (n=32)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	31	96,9
	Nữ	1	3,1
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	16	50,0
	≥ 60 tuổi	16	50,0
	Tuổi trung bình (Mean ± SD)	58,84 ± 8,46	
Trình độ học vấn	< THPT	13	40,6
	THPT	7	21,9
	> THPT (CD, ĐH)	12	37,5
Kinh tế hộ gia đình	Ổn định	21	65,6
	Khó khăn	11	34,4

Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa...

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II - III	7	21,9
	Giai đoạn IV (Tiến xa/Di căn)	25	78,1
Phương pháp điều trị	Hóa xạ trị	15	46,9
	Hóa trị	9	28,1
	Khác	8	25,0
Chỉ số đầu vào (T0)	Cân nặng trung bình	48,90 ± 7,16 kg	
	BMI trung bình	18,11 ± 2,49	

Nếu dựa vào Albumin huyết thanh (< 3,5 g/dL), chỉ có 34,4% người bệnh được chẩn đoán suy dinh dưỡng. Nếu dựa vào BMI (< 18,5), tỷ lệ này là 68,75%. Tuy nhiên, khi sử dụng công cụ đánh giá toàn diện PG-SGA, tỷ lệ suy dinh dưỡng (loại B+C) lên tới 87,5% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ suy dinh dưỡng tại thời điểm T0 (n=32)

Cân nặng trung bình tăng +1,46 ± 1,23kg. Điểm số PG-SGA giảm trung bình 2,18 điểm. Tỷ lệ người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường (Loại A) tăng gấp 3 lần: từ 12,5% lên 37,5%. Albumin huyết thanh tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) (Bảng 2)

Bảng 2: Thay đổi tình trạng dinh dưỡng và các chỉ số sinh hóa (n=32)

Chỉ số đánh giá	Thời điểm T0	Thời điểm T1	Mức thay đổi (Δ)	p-value
Cân nặng (kg)	48,90 ± 7,16	50,36 ± 7,11	+1,46 ± 1,23	< 0,001
BMI (kg/m ²)	18,11 ± 2,49	18,65 ± 2,47	+0,54 ± 0,45	< 0,001
Điểm PG-SGA	9,31 ± 3,28	7,13 ± 2,31	-2,18 ± 2,50	< 0,001

Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa...

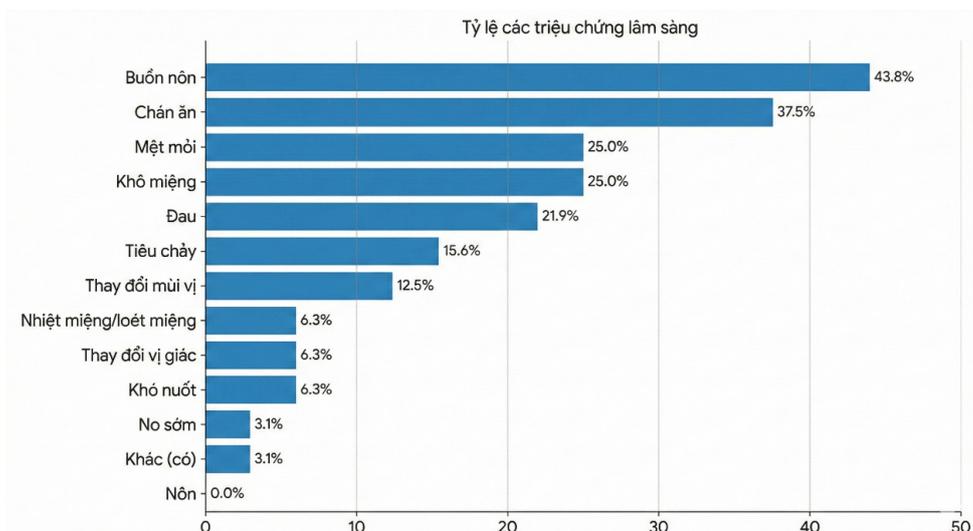
Chỉ số đánh giá	Thời điểm T0	Thời điểm T1	Mức thay đổi (Δ)	p-value
Phân loại PG-SGA				
- A (Bình thường)	4 (12,5%)	12 (37,5%)	+25.0%	< 0,001
- B (SDD vừa)	18 (56,3%)	13 (40,6%)	-15.7%	
- C (SDD nặng)	10 (31,3%)	7 (21,9%)	-9.3%	
Albumin (g/L)	36,71 \pm 3,53	39,47 \pm 3,31	+2,76 \pm 2,72	< 0,001
Hemoglobin (g/dL)	11,46 \pm 1,66	12,15 \pm 1,54	+0,69 \pm 1,16	0,002
Lymphocyte (K/ μ L)	1,80 \pm 1,17	1,93 \pm 1,04	+0,13 \pm 0,91	0,548

Năng lượng nạp vào tăng trung bình 296 kcal/ngày và protein tăng 15,1g/ngày. Tỷ lệ người bệnh đạt nhu cầu khuyến nghị tăng từ mức thấp (59,4%) lên mức cao (87,5%). Tỷ lệ đạt khuyến nghị ($\geq 1,2$ g/kg) tăng mạnh từ 53,1% lên 81,3%. Sự khác biệt về cả năng lượng và protein giữa hai thời điểm đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) (Bảng 3).

Bảng 3: Thay đổi giá trị dinh dưỡng khẩu phần 24h (n=32)

Giá trị khẩu phần	Thời điểm	Đạt khuyến nghị (n, %)	Không đạt (n, %)	Trung bình (Mean \pm SD)	p-value
Năng lượng (≥ 30 kcal/kg)	T0	19 (59,4%)	13 (40,6%)	1478 \pm 207 kcal	< 0,001
	T1	28 (87,5%)	4 (12,5%)	1774 \pm 192 kcal	
Protein (≥ 1.2 g/kg)	T0	17 (53,1%)	15 (46,9%)	63,3 \pm 10,1 g	< 0,001
	T1	26 (81,3%)	6 (18,7%)	78,4 \pm 8,8 g	

Biểu đồ 2 minh họa tần suất xuất hiện các triệu chứng tại thời điểm sau điều trị (T1). Hai triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là Buồn nôn và Chán ăn (43.8% và 37.5%). Các triệu chứng cơ năng ảnh hưởng trực tiếp đến việc ăn uống như Khó nuốt và No sớm chỉ còn xuất hiện với tỷ lệ thấp (dưới 6.3%).



Biểu đồ 2: Tỷ lệ các triệu chứng đường tiêu hoá gặp phải T1 (n=32)

Nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng nặng cao gấp 9 lần, nhóm người bệnh không đạt đủ năng lượng khuyến nghị đều suy dinh dưỡng nặng (4/4 trường hợp), sự khác biệt này có ý

Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa...

nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Ngoài ra, các yếu tố như giai đoạn bệnh IV ($p = 0,047$) và số đợt hóa trị ≥ 4 ($p = 0,042$) cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng suy dinh dưỡng nặng. Các yếu tố khác chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 4)

Bảng 4: Các yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng nặng PG-SGA C sau điều trị (n=7)

Biến số	Phân nhóm	Tỷ lệ SDD nặng (n, %)	OR (KTC 95%)	p-value
Tuổi	< 60 tuổi	1/16 (6,3)	9,00 (1,06 - 76,3)	0,036
	≥ 60 tuổi	6/16 (37,5)		
Giai đoạn bệnh	II - III	2/7 (28,6)	2,79 (0,29 - 26,96)	0,047
	IV	5/25 (20,0)		
Albumin	≥ 35 g/L	3/21 (14,3)	3,43 (0,61 - 19,40)	0,180
	< 35 g/L	4/11 (36,4)		
Hemoglobin	≥ 12 g/dL	2/11 (18,2)	1,41 (0,23 - 8,78)	0,630
	< 12 g/dL	5/21 (23,8)		
BMI (kg/m ²)	$\geq 18,5$	2/16 (12,5)	3,18 (0,52 - 19,64)	0,504
	< 18,5	5/16 (31,3)		
Số đợt hóa trị	< 4 đợt	3/21 (14,3)	3,43 (0,61 - 19,40)	0,042
	≥ 4 đợt	4/11 (36,4)		
Năng lượng	Đạt ≥ 30 kcal/kg	3/28 (10,7)	Không ước tính	0,001
	Không đạt	4/4 (100,0)		
Protein	Đạt $\geq 1,2$ g/kg	4/26 (15,4)	5,50 (0,80 - 37,61)	0,270
	Không đạt	3/6 (50,0)		

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự thay đổi tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần

Tình trạng dinh dưỡng ban đầu: Kết quả nghiên cứu cho thấy tại thời điểm nhập viện (T0), có đến 87.5% bị suy dinh dưỡng theo PG-SGA và BMI trung bình chỉ $18,11 \pm 2,49$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lưu Ngân Tâm tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2012 và Nguyễn Thị Thuý Lương tại Bệnh viện K năm 2021, khẳng định ung thư thực quản/đầu cổ là nhóm có nguy cơ dinh dưỡng cao [2,7]. Sự cân và suy mòn trước điều trị thường liên quan giảm ăn kéo dài kết hợp rối loạn chuyển hóa và phản ứng viêm của hội chứng suy mòn do ung thư [3,6,12].

Hiệu quả can thiệp: Thông thường, người bệnh ung thư thực quản giai đoạn IV đang hóa trị sẽ sụt cân

liên tục do sự kết hợp của giảm ăn và tăng dị hóa. Tuy nhiên, dữ liệu cho thấy sự đảo chiều, việc cân nặng tăng 1,46 kg và Albumin tăng 2,76 g/L ($p < 0.001$) trong khi người bệnh đang chịu tác động độc hại của hóa chất là một kết quả đáng kể. Cơ sở phân tử của sự hồi phục này có thể liên quan đến việc cung cấp một lượng lớn protein chất lượng cao (1.2 g/kg/ngày) thông qua súp chuẩn hoá. Các acid amin thiết yếu từ thịt, cá, trứng khi được hấp thu qua đường tiêu hóa đã kích hoạt con đường tín hiệu mTOR tại tế bào cơ và gan, thúc đẩy quá trình tổng hợp protein nội sinh vượt qua mức độ phân hủy protein do các cytokine gây viêm (IL-6, TNF- α) gây ra. Kết quả này phù hợp với quan điểm rằng can thiệp dinh dưỡng sớm, đủ năng lượng và protein có thể góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng và khả năng hoàn tất phác đồ điều trị ở bệnh nhân ung thư [6,12].

Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa...

Một điểm đáng chú ý khác trong kết quả nghiên cứu là sự gia tăng tỷ lệ đạt nhu cầu năng lượng khuyến nghị từ 59,4% lên 87,5%. Phân tích sâu hơn cho thấy, nhóm người bệnh tuân thủ tốt chế độ ăn (đạt > 30 kcal/kg) có xu hướng duy trì số lượng bạch cầu Lympho ổn định hơn. Mặc dù sự thay đổi trung bình của Lymphocyte (+0,10 K/ μ L) chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,548$), nhưng xu hướng tăng nhẹ này trong bối cảnh hóa trị vốn thường gây giảm bạch cầu, là một tín hiệu tích cực. Nó gợi ý rằng xu hướng cung cấp đầy đủ dinh dưỡng đầy có thể liên quan đến bảo tồn chức năng tủy xương và hệ miễn dịch tế bào, tạo tiền đề cho người bệnh chống chọi với các biến chứng nhiễm trùng ở người bệnh ung thư suy kiệt [6,13].

4.2. So sánh hiệu quả với các nghiên cứu khác

Một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng đa trung tâm (RCT) của Lyu J và cộng sự (2022) đăng trên tạp chí *Frontiers in Oncology* đã cho kết quả tương tự. Trong nghiên cứu này trên 222 người bệnh ung thư thực quản đang hóa xạ trị, nhóm được can thiệp dinh dưỡng đường ruột toàn diện không chỉ cải thiện các chỉ số dinh dưỡng mà còn giảm đáng kể độc tính huyết học và tăng tỷ lệ hoàn thành điều trị so với nhóm đối chứng. Đặc biệt, nghiên cứu này đã chỉ ra rằng dinh dưỡng tích cực giúp cải thiện độc tính, tăng tuân thủ và điểm liên quan dinh dưỡng ở nhóm người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng cao (PG-SGA loại C) [13].

Tuy nhiên, điểm khác biệt và cũng là giá trị cốt lõi của nghiên cứu này nằm ở tính kinh tế. Trong khi nghiên cứu của Lyu J đạt được kết quả tích cực nhờ sử dụng các sản phẩm dinh dưỡng công nghiệp đắt tiền, nghiên cứu của chúng tôi chứng minh rằng hiệu quả tương đương có thể đạt được thông qua việc cấu trúc hóa thực phẩm tự nhiên với chi phí thấp hơn nhiều. Đây là điểm mấu chốt tạo nên tính ứng dụng cao của quy trình này tại các nước có thu nhập trung bình thấp như Việt Nam.

Tuy nhiên, cũng cần ghi nhận rằng tỷ lệ Hemoglobin trong nghiên cứu của chúng tôi tăng (+0,69 g/dL) nhưng vẫn ở mức khiêm tốn so với nhu cầu thực tế. Điều này phù hợp với quan điểm của nhiều nhà nghiên cứu khác cho rằng thiếu máu trong ung thư là một vấn đề đa cơ chế, liên quan đến cả sự ức chế tủy xương do hóa chất và tình trạng viêm mạn tính làm giảm khả năng sử dụng sắt, do

đó dinh dưỡng đơn thuần có thể cải thiện nhưng chưa giải quyết triệt để vấn đề thiếu máu [14,15].

4.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng

Về triệu chứng lâm sàng: Mặc dù việc mở thông dạ dày đã giải quyết hiệu quả vấn đề cơ học là nuốt nghẹn, nhưng các triệu chứng toàn thân do độc tính hóa chất vẫn tồn tại. Cụ thể, tỷ lệ cao các triệu chứng buồn nôn/nôn, chán ăn, mệt mỏi phản ánh tác động trực tiếp của hóa chất lên trung tâm nôn ở hành não và niêm mạc ruột non. Sự hiện diện của các triệu chứng này giải thích tại sao dù đã được cung cấp công thức súp xay chuẩn hóa, vẫn có 12,5% người bệnh không thể đạt đủ nhu cầu năng lượng ở Bảng 3. Điều này gợi ý rằng, chiến lược dinh dưỡng đơn thuần là chưa đủ; nó cần phải đi kèm với một phác đồ kiểm soát triệu chứng chủ động, và điều chỉnh tốc độ/lượng dịch bơm nuôi dưỡng để phù hợp với khả năng dung nạp của ruột trong những ngày truyền hóa chất.

Về các yếu tố liên quan: Kết quả hồi quy logistic chỉ ra rằng người bệnh trải qua ≥ 4 đợt hóa trị có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng cao gấp 3,43 lần, mặc dù cần các nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định mức độ tác động mạnh mẽ của yếu tố này. Càng về những chu kỳ sau của phác đồ, người bệnh càng dễ bị suy kiệt do tác dụng phụ tích tụ (mệt mỏi, chán ăn, thay đổi vị giác). Do đó, sự giám sát dinh dưỡng không được lơ là mà cần thắt chặt hơn ở giai đoạn sau của liệu trình. Điều này đưa đến một lập luận quan trọng về thời điểm can thiệp. Can thiệp dinh dưỡng không nên đợi đến khi người bệnh suy kiệt mới bắt đầu, mà phải được tiến hành ngay từ khi chẩn đoán. Kết quả cũng cho thấy mối liên quan giữa việc đạt mục tiêu năng lượng và tình trạng dinh dưỡng ($p = 0,001$). Việc mở thông dạ dày dự phòng và bắt đầu nuôi dưỡng tích cực ngay từ những chu kỳ hóa trị đầu tiên chính là “chiến lược đón đầu”, nuôi dưỡng chủ động sớm nhằm hạn chế suy dinh dưỡng tiến triển và hỗ trợ dung nạp điều trị [6,16].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 32 người bệnh ung thư thực quản và hạ họng - thanh quản đang hóa trị tại Bệnh viện Trung ương Huế cho thấy Tình trạng suy dinh dưỡng rất phổ biến với 87,5% người bệnh suy dinh dưỡng theo PG-SGA tại thời điểm nhập viện. Mô hình can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa bao gồm tư vấn và nuôi dưỡng qua ống thông đã chứng minh

Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa...

hiệu quả cải thiện tình trạng sụt cân, cải thiện Albumin máu, giảm điểm số đánh giá suy dinh dưỡng PG-SGA và nâng tỷ lệ đạt nhu cầu khuyến nghị đạt gần 90%. Số đợt hóa trị kéo dài và việc không tuân thủ đủ năng lượng là những yếu tố nguy cơ chính làm suy giảm tình trạng dinh dưỡng, đòi hỏi sự theo dõi sát sao hơn từ nhân viên y tế trong quá trình điều trị.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Sung H, Ferlay J, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263.
2. Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Viết Quỳnh Thư. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.* 2012;16(1):45-50.
3. Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol.* 2011;12(5):489-495.
4. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr.* 2021;40(5):2898-2913.
5. Roila F, Molassiotis A, Herrstedt J, et al. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Ann Oncol.* 2016;27(Suppl 5):v119-v133.
6. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr.* 2017;36(1):11-48.
7. Nguyễn Thị Thuý Lương, Nguyễn Thị Thanh Hoà, Lê Thị Hương. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của người bệnh ung thư thực quản tại Bệnh viện K năm 2021. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2021;146(10):185-191.
8. Gomes CA Jr, Andriolo RB, Bennett C, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(5):CD008096.
9. Phạm Duy Tường. Dinh dưỡng và an toàn thực phẩm. Hà Nội: Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2016.
10. Lê Thị Diệu Thu, Hoàng Việt Bách. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư thực quản có chỉ định mở thông dạ dày tại Bệnh viện K năm 2024-2025. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2024;66(5).
11. Pressoir M, Desné S, Berchery D, et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *Br J Cancer.* 2010;102(6):966-971.
12. Ravasco P. Nutrition in cancer patients. *J Clin Med.* 2019;8(8):1211.
13. Lyu J, Shi A, Li T, et al. Effects of enteral nutrition on patients with oesophageal carcinoma treated with concurrent chemoradiotherapy: a prospective, multicentre, randomised, controlled study. *Front Oncol.* 2022;12:839516.
14. Gilreath JA, Stenehjem DD, Rodgers GM. Diagnosis and treatment of cancer-related anemia. *Am J Hematol.* 2014;89(2):203-212.
15. Madeddu C, Gramignano G, Astarà G, et al. Pathogenesis and treatment options of cancer related anemia: perspective for a targeted mechanism-based approach. *Front Physiol.* 2018;9:1294.
16. Odelli C, Burgess D, Bateman L, et al. Nutrition support improves patient outcomes, treatment tolerance and admission characteristics in oesophageal cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2005;17(8):639-645.