

# HỘI CHỨNG BÀN TAY BÀN CHÂN VÀ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA CAPECITABINE TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Bùi Thị Hương Thảo<sup>1</sup>, Lê Thị Vân Anh<sup>1</sup>,  
Thái Đức An<sup>1</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ và đặc điểm của hội chứng bàn tay bàn chân cũng như các tác dụng không mong muốn khác của capecitabine trong điều trị ung thư tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến những tác dụng này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 10/2017 đến tháng 9/2019 tại Khoa Ung bướu của bệnh viện. 49 bệnh nhân điều trị bằng capecitabine đơn trị liệu đã được theo dõi và ghi nhận các tác dụng không mong muốn, đồng thời phân tích các chỉ số sinh lý, bệnh học và cận lâm sàng. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc hội chứng bàn tay bàn chân là 51,02%. Các tác dụng không mong muốn khác gồm nôn (10,20%), buồn nôn (12,24%), viêm dạ dày (2,04%), tiêu chảy (12,24%) và trào ngược dạ dày thực quản (6,12%). Đối với hội chứng bàn tay bàn chân, 8,16% bệnh nhân gặp mức độ nghiêm trọng độ 3, 16,33% mức độ 2, và 26,53% mức độ 1. Tỷ lệ mắc hội chứng khác biệt đáng kể giữa nhóm trên 60 tuổi và dưới 60 tuổi ( $p=0,032$ ), nhưng mức độ nghiêm trọng không liên quan đến tuổi tác ( $p=0,184$ ). Liều lượng thuốc và chỉ số cận lâm sàng không có mối liên hệ đáng kể với các tác dụng không mong muốn. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hội chứng bàn tay bàn chân cao hơn và tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa thấp hơn so với các nghiên cứu quốc tế. Tuổi tác ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc hội chứng bàn tay bàn chân, trong khi liều lượng thuốc và chỉ số cận lâm sàng không ảnh hưởng đáng kể đến các tác dụng không mong muốn. Cần nghiên cứu di truyền được động học sâu hơn để cải thiện quản lý các tác dụng không mong muốn của capecitabine.

**Từ khóa:** capecitabin, hội chứng bàn tay bàn chân, tác dụng không mong muốn, ung thư.

## SUMMARY

### HAND-FOOT SYNDROME AND SOME ADVERSE EFFECTS OF CAPECITABINE IN CANCER PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** This study aims to assess the incidence and characteristics of hand-foot syndrome and other adverse effects of capecitabine in cancer patients at Hanoi Medical University Hospital, as well

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Thảo

Email: buihuongthao@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024

as to identify factors influencing these effects. **Methods:** A cross-sectional study was conducted from October 2017 to September 2019 in the hospital's Oncology Department. We monitored 49 patients on capecitabine monotherapy, recording adverse effects and analyzing physiological, pathological, and laboratory data. **Results:** Hand-foot syndrome occurred in 51.02% of patients. Other adverse effects included vomiting (10.20%), nausea (12.24%), gastritis (2.04%), diarrhea (12.24%), and gastroesophageal reflux (6.12%). Severity of hand-foot syndrome was Grade 3 in 8.16% of patients, Grade 2 in 16.33%, and Grade 1 in 26.53%. Incidence was significantly higher in patients over 60 years ( $p=0.032$ ), but severity was not age-dependent ( $p=0.184$ ). Drug dosage and laboratory indices showed no significant correlation with adverse effects. **Conclusion:** Our study reveals a higher incidence of hand-foot syndrome and lower gastrointestinal adverse effects compared to international studies. Age influences the incidence of hand-foot syndrome, while drug dosage and laboratory indices do not significantly affect adverse effects. Further pharmacogenomic research is needed to improve management strategies. **Keywords:** capecitabine, hand-foot syndrome, adverse effects, cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Capecitabine là một thuốc hoá trị liệu đường uống thuộc nhóm 5-Fu. Với nhiều ưu điểm: dùng đường uống, thuốc được hoạt hoá tại chỗ bởi enzyme của khối u và chọn lọc trên khối u gây tác dụng tại cơ quan đích, dược động học ổn định nên không cần định lượng nồng độ thuốc để theo dõi điều trị, capecitabin được sử dụng rất phổ biến trong điều trị ung thư vú, ung thư đại trực tràng và ung thư dạ dày tiến triển hoặc di căn, đơn trị liệu hoặc phối hợp với các thuốc khác trong các phác đồ<sup>4</sup>.

Mặc dù là tiền thuốc được hoạt hoá tại đích, nhờ đó tăng tác dụng và hạn chế phần nào các tác dụng không mong muốn toàn thân, nhưng cũng như các thuốc độc tế bào khác, capecitabine gây ra khá nhiều các tác dụng không mong muốn chủ yếu thường gặp trên đường tiêu hoá (nôn, buồn nôn, loét dạ dày tá tràng) và trên da và niêm mạc (hội chứng bàn chân bàn tay - bàn chân (palmar-plantar erythrodysesthesia)<sup>3,5</sup>. Tuy không gây ảnh hưởng đến tính mạng, nhưng tác dụng không mong muốn này gây ảnh hưởng rất

hiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đặc biệt khi xuất hiện hội chứng bàn tay bàn chân ở mức độ nặng, bệnh nhân sẽ buộc phải tạm dừng điều trị cho đến khi tác dụng không mong muốn này thuyên giảm<sup>7</sup>.

Trên thế giới, đã có một số nghiên cứu đánh giá về tác dụng không mong muốn của capecitabine để tìm ra cơ chế ảnh hưởng cũng như cách khắc phục các tác dụng không mong muốn của thuốc. Tại Việt Nam, capecitabine bắt đầu được cấp phép từ năm 2006 và càng ngày càng được sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên, chưa có đánh giá nào về các tác dụng không mong muốn liên quan đến thuốc hoá trị liệu đường uống này. Để hiểu rõ hơn về các tác dụng không mong muốn gây ra bởi capecitabine, đặc biệt là hội chứng bàn tay bàn chân, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: Đánh giá đặc điểm hội chứng bàn tay bàn chân và một số tác dụng không mong muốn của capecitabine trong điều trị một số bệnh ung thư tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội; tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến tần suất và mức độ của hội chứng bàn tay bàn chân của capecitabine trong điều trị các bệnh nhân trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân được điều trị bằng capecitabine đơn trị liệu và được theo dõi đầy đủ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được điều trị đa trị liệu, ngoài capecitabine còn được dùng hoá trị liệu khác

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu thuận tiện, các bệnh nhân được lựa chọn theo trình tự thời gian.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 10/2017 đến tháng 9/2019

**Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, bệnh viện Đại học Y Hà Nội

**Chỉ số nghiên cứu:** Các chỉ số về sinh lý, bệnh học, cận lâm sàng, thuốc điều trị của bệnh nhân được thu thập. Bất cứ tác dụng không mong muốn nào xảy ra trong quá trình bệnh nhân được điều trị bởi capecitabine đơn trị liệu được ghi nhận để phân tích.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê dựa trên phần mềm thống kê SPSS 20.0

**2.3. Đạo đức của nghiên cứu.** Toàn bộ hồ sơ dữ liệu bệnh án nghiên cứu được bảo mật, các thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ kín. Nghiên cứu mô tả đơn thuần, không can thiệp đến điều trị.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 9 năm 2019, có 49 bệnh nhân được điều trị đơn trị liệu bằng capecitabine tại Khoa Ung bướu Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Có 27 bệnh nhân nam (55,1%) và 22 bệnh nhân nữ (44,9%). Độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu dao động từ 39 đến 79 tuổi, độ tuổi trung bình là  $58,7 \pm 11$  tuổi.

**Bảng 1. Một số tác dụng không mong muốn thu thập được**

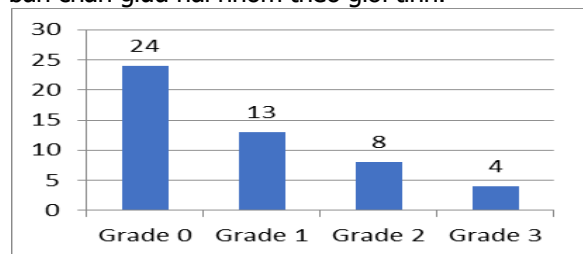
Tác dụng không mong muốn	n=49	%
Hội chứng bàn tay bàn chân	25	51,02
Nôn	5	10,20
Buồn nôn	6	12,24
Viêm dạ dày	1	2,04
Rụng tóc	0	0,00
Mất ngủ	3	6,12
Tiêu chảy	6	12,24
Trào ngược dạ dày thực quản	3	6,12

**Nhận xét:** Trong các tác dụng không mong muốn của capecitabine, hội chứng tay chân là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất (25 bệnh nhân chiếm 51%), sau đó là các tác dụng phụ trên đường tiêu hoá.

**Bảng 2. So sánh tương quan tuổi, giới với sự xuất hiện hội chứng bàn tay bàn chân**

Tiêu chuẩn	HCBTBC		p
	Không	Có	
Tuổi	<60	9	p=0,032<0,05
	≥60	16	
Giới	Nữ	11	p=0,897>0,05
	Nam	13	

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, có 25 bệnh nhân dưới 60 tuổi, trong đó có 9 người mắc hội chứng bàn tay bàn chân. Ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, có 16/24 bệnh nhân có biểu hiện hội chứng bàn tay bàn chân. Có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ hội chứng bàn tay bàn chân giữa nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi và dưới 60 tuổi ( $p<0,05$ ). Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ mắc hội chứng bàn tay bàn chân giữa hai nhóm theo giới tính.



**Biểu đồ 1. Phân loại theo mức độ hội chứng bàn tay bàn chân**

**Nhận xét:** Có 25 bệnh nhân bị hội chứng bàn tay bàn chân (51,02%), trong đó có 4 bệnh

nhân (8,16%) ở tình trạng nặng (độ 3), 8 bệnh nhân độ 2 (16,33%) và 13 bệnh nhân độ 1 (26,53%). 24 (48,98%) bệnh nhân không có hội chứng bàn tay bàn chân (mức độ 0).

**Bảng 3. Mối quan hệ giữa tuổi, giới tính và mức độ hội chứng bàn tay bàn chân**

Tiêu chuẩn	Mức độ HCBCBT				p	
	0	1	2	3		
Tuổi	<60	16	5	3	1	0,184>0,05

**Bảng 4. So sánh tỷ lệ xuất hiện tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa theo độ tuổi và giới tính**

Tiêu chuẩn	Tiêu chảy		P	Nôn		P	Buồn nôn		P	
	Không	Có		Không	Có		Không	Có		
Tuổi	<60	23	2	0.335	23	2	0.603	22	3	0.975
	≥60	20	4		21	3		21	3	
Giới	Nữ	20	2	0.534	20	2	0.861	19	3	0.789
	Nam	23	4		24	3		24	3	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về tỷ lệ tác dụng phụ trên đường tiêu hóa khi xem xét theo độ tuổi và giới.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xuất hiện hội chứng bàn tay bàn chân thống kê được (51,02%) cao đáng kể so với các nghiên cứu khác trên người da trắng (10,82% -27,05%)<sup>4</sup>. Tuy nhiên, ở một số nghiên cứu tiến hành tại châu Á, tỉ lệ này cũng tương đối cao (41,12% - 77,40%<sup>5,7</sup>). Hiện nay cơ chế của hội chứng bàn tay bàn chân vẫn chưa được chỉ ra rõ ràng. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy đối với bệnh nhân sử dụng 5-FU, hội chứng bàn tay bàn chân phụ thuộc vào liều lượng và có thể liên quan đến sự tích tụ thuốc trong da. Một giả thuyết cho rằng capecitabine có thể được thải trừ bởi tuyến mồ hôi (tiết mồ hôi) và hội chứng bàn tay bàn chân được gây ra do một cơ chế chưa rõ liên quan đến sự gia tăng số lượng tuyến mồ hôi ngoại tiết có ở tay và chân, có vẻ như hầu hết những trường hợp này xảy ra trong mùa hè với sự tham gia của tuyến mồ hôi ngoại tiết<sup>4,6</sup>. Đây có thể là nguyên nhân khiến tỷ lệ hội chứng bàn tay bàn chân ở Việt Nam (một nước nhiệt đới có nhiệt độ trung bình cao) lại cao hơn các nước ôn đới. Ngoài ra, một giả thiết khác cho rằng sự xuất hiện của hội chứng bàn tay bàn chân còn liên quan đến enzyme thymidine phosphorylase (TP), dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD), carboxylesterase 2 (CES2) và cytidine deaminase (CDD). Các enzyme này đã được báo cáo hoạt động ở lòng bàn tay mạnh hơn so với ở da lưng<sup>1,2</sup>. Một số nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về mức độ của các enzym này tùy thuộc vào tính đa hình di truyền. Kết quả này gợi ý việc

≥60	8	8	5	3
-----	---	---	---	---

**Nhận xét:** Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân bị hội chứng bàn tay bàn chân các mức độ theo độ tuổi, giới tính không có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ xuất hiện/không xuất hiện tác dụng không mong muốn chính trên đường tiêu hóa được so sánh giữa các nhóm bệnh nhân theo giới tính và độ tuổi:

tiến hành các nghiên cứu di truyền được động học sâu hơn ở người Việt Nam để giải thích và ngăn ngừa tỷ lệ mắc hội chứng bàn tay bàn chân do capecitabine gây ra.

Nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân xuất hiện hội chứng bàn tay bàn chân là 61±11,43 (n=25), độ tuổi trung bình của nhóm không xuất hiện tác dụng không mong muốn này là 55±9,5 (n=24). Kết quả phân tích cho thấy bệnh nhân trên 60 tuổi có nhiều khả năng mắc hội chứng bàn tay bàn chân hơn (p<0,05). Kết quả này tương tự với kết quả quan sát được trong các nghiên cứu khác<sup>3,4</sup>.

Các nghiên cứu quốc tế trước đây ở người da trắng cho thấy tỷ lệ các tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa như buồn nôn, nôn, tiêu chảy, viêm dạ dày tương đối cao (ở Mỹ, Buồn nôn/Nôn (65%), Tiêu chảy (62%))<sup>4,8</sup>. Tuy nhiên, trong nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn, dự đoán khả năng dung nạp capecitabine tốt hơn ở người Việt Nam. Kết quả tương tự được tìm thấy trong các báo cáo ở người châu Á (buồn nôn/nôn (0%), tiêu chảy (0%), viêm miệng (1,7%) ở Trung Quốc và tiêu chảy (9,5%) ở Hàn Quốc)<sup>2,3</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi quan sát có 6 bệnh nhân bị tiêu chảy (12,2%). Trong các nghiên cứu khác, đây là một trong những tác dụng phụ thường gặp nhất (47,7%, 11-35%)<sup>4</sup>. Sự khác biệt này có thể là do di truyền: liên quan giữa tính đa hình của CDD 943insC và CES 2 Exon 3 6046 G/A, hay đột biến IVS14+1G>A và 1236G>A có liên quan đến tiêu chảy độ 3 đến 4 (P < 0,05; FDR < 0,3)<sup>1,2</sup>. Ngoài ra, hai nghiên cứu lâm sàng gần đây đã chỉ ra mối quan hệ giữa lượng folate cung cấp trong chế độ ăn uống và độc tính của fluoropyrimidine và do đó có thể ảnh hưởng đến độc tính tiêu hóa

của capecitabine<sup>5,8</sup>. Do đó, chế độ ăn uống tương đối cân bằng của người Việt Nam với nhiều rau xanh và ngũ cốc có hàm lượng cao có thể giải thích khả năng dung nạp tốt của capecitabine ở người Việt Nam. Một số nghiên cứu khuyến cáo cần xem xét đến tình trạng thiếu hụt DPD trong trường hợp xuất hiện tác dụng không mong muốn nghiêm trọng trên đường tiêu hóa trong quá trình điều trị bằng capecitabine<sup>2</sup>. Tuy nhiên, không có dạng đa hình DPYD nào được xác định ở người châu Á. Ở Việt Nam chưa có thông tin về tình trạng thiếu enzyme DPD. Vì vậy, kết quả lâm sàng này gợi ý tỉ lệ thiếu hụt enzyme DPD ở Việt Nam thấp do đó lý giải tỉ lệ tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa thấp quan sát được trong nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy liều lượng không liên quan đáng kể đến sự xuất hiện của hội chứng bàn tay bàn chân ( $p=0,152$ ) và tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa ( $p>0,05$ ). Trên thực tế, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được áp dụng cùng một chế độ liều lượng được tính cho mỗi m<sup>2</sup> cơ thể nên không thể tìm thấy sự khác biệt đáng kể về liều lượng giữa các bệnh nhân.

Cũng theo phân tích tổng hợp của 14 nghiên cứu lâm sàng với dữ liệu từ hơn 4.700 bệnh nhân được điều trị bằng capecitabine, các yếu tố sau có liên quan đến sự gia tăng đáng kể về mặt thống kê nguy cơ phát triển bệnh tiêu chảy: tăng thời gian điều trị (tuần), tuổi (trên 10 tuổi) và giới tính nữ<sup>5</sup>. Nghiên cứu này không tìm thấy bất kỳ yếu tố nào về đặc điểm sinh lý bệnh và giá trị cận lâm sàng có liên quan đáng kể đến tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi những lý do nhất định: cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn, tỉ lệ tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa thấp hơn, trái ngược với kết quả của các nghiên cứu quốc tế trước đây ở người da trắng<sup>4,8</sup>. Cơ chế chính xác của tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa vẫn chưa được làm rõ nên cần có các nghiên cứu khác với cỡ mẫu lớn hơn để xác minh khả năng dung nạp của capecitabine ở người Việt Nam.

## V. KẾT LUẬN

Dữ liệu được thu thập trên 49 bệnh nhân được điều trị bằng capecitabine tại Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học y Hà Nội. Các tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc là: nôn mửa (10,0%), buồn nôn (12,2%), tiêu chảy (12,2%), trào ngược dạ dày thực quản (6,12%), rối loạn giấc ngủ (6,1%) và

hội chứng bàn tay bàn chân (51,0%). Tỉ lệ tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa thấp hơn so với các nghiên cứu quốc tế khác ở người da trắng, nhưng tương tự như tác dụng phụ được tìm thấy trong các báo cáo ở người châu Á. Ngoài ra, tỉ lệ mắc hội chứng bàn tay bàn chân cao hơn ở người da trắng nhưng thấp hơn so với báo cáo của người châu Á. Kết quả này gợi ý thực hiện các nghiên cứu di truyền được động học ở người Việt để giải thích và ngăn ngừa tỉ lệ mắc hội chứng bàn tay bàn chân và tác dụng phụ trên đường tiêu hóa do capecitabine gây ra.

Nghiên cứu thấy mối tương quan đáng kể giữa tuổi tác và tỉ lệ mắc hội chứng tay chân: Những người trên 60 tuổi có nhiều khả năng gặp phải tác dụng không mong muốn này hơn. Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm sinh lý bệnh, liều lượng và giá trị cận lâm sàng khác với tỉ lệ tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa và hội chứng bàn tay bàn chân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Loganayagam, M. Arenas-Hernandez, L. Fairbanks et al.** The contribution of deleterious DPYD gene sequence variants to fluoropyrimidine toxicity in British cancer patients. *Cancer chemotherapy and pharmacology*, 2010, 65 (2), 403.
2. **B. A. Morrison GB, Dela Rosa T, Diasio RB, Takimoto CH.** Dihydropyrimidine dehydrogenase deficiency: a pharmacogenetic defect causing severe adverse reactions to 5-fluorouracil-based chemotherapy, *Oncol Nurs Forum*, 2007, 24, 83–88.
3. **C.-C. Law, Y.-T. Fu, K.-K. Chau et al.** Toxicity profile and efficacy of oral capecitabine as adjuvant chemotherapy for Chinese patients with stage III colon cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*, 2007, 50 (12), 2180-2187.
4. **C. M. Walko và C. Lindley.** Capecitabine: a review, *Clinical therapeutics*, 2005. 27 (1), 23-44.
5. **M. W. Saif, N. A. Katirtzoglou và K. N. Syrigos.** Capecitabine: an overview of the side effects and their management. *Anti-cancer drugs*, 2008, 19 (5), 447-464.
6. **G. Milano, M. C. Etienne-Grimaldi, M. Mari et al.** Candidate mechanisms for capecitabine-related hand-foot syndrome. *British journal of clinical pharmacology*, 2008, 66 (1), 88-95.
7. **H.-S. Son, W. Y. Lee, W.-S. Lee et al.** Compliance and effective management of the hand-foot syndrome in colon cancer patients receiving capecitabine as adjuvant chemotherapy. *Yonsei medical journal*, 2009, 50 (6), 796-802.
8. **J. Baan, M. Bos, S. U. Gonesh-Kisoensingh et al.** Capecitabine-induced toxicity: an outcome study into drug safety. *J Integr Oncol*, 2014, 3 (113), 2.

# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2023 – 2024

Phạm Thị Minh Phương<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quang Dũng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Minh Lý<sup>1</sup>, Đỗ Nam Khánh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và xác định một số yếu tố liên quan của người bệnh suy tim. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 người bệnh suy tim từ 18 đến 60 tuổi điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thu thập chỉ số cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng hông, đánh giá TTDD bằng công cụ đánh giá tổng thể chủ quan SGA. **Kết quả:** BMI trung bình của nam là  $24,1 \pm 4,0$  kg/m<sup>2</sup>, BMI của nữ là  $21,5 \pm 3,0$  kg/m<sup>2</sup>, tỷ số vòng eo/vòng hông của nam:  $0,92 \pm 0,06$ , cao hơn nữ:  $0,86 \pm 0,05$  ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 8,2%, thừa cân - béo phì là 25,4%. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) theo SGA là 47,3%. Người hút thuốc lá có nguy cơ SDD cao gấp 4,56 lần so với người không hút (OR = 4,56; 95%CI: 2,04 – 10,18,  $p < 0,001$ ). Người không tập thể dục có nguy cơ SDD cao gấp 5,67 so với người có tập (OR = 5,67, 95%CI: 2,42 – 13,24,  $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh suy tim có nguy cơ SDD khá cao. Bên cạnh yếu tố bệnh lý còn có nhiều yếu tố về lối sống ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim.

**Từ khóa:** Dinh dưỡng, suy tim, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

## SUMMARY

### NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH HEART FAILURE AT THE CARDIOVASCULAR CENTER, HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN 2023-2024

**Objective:** Assess nutritional status and identify some factors related to nutritional status of heart failure patient. **Research methods:** Cross-sectional descriptive study on 110 heart failure patients from 18 to 60 years old who received inpatient treatment at the Cardiovascular Center, Hanoi Medical University Hospital. Collecting weight, height, waist circumference, hip circumference, assessing nutritional status by the subjective global assessment tool SGA. **Research results:** The average BMI (Body Mass Index) of men was  $24,1 \pm 4,0$  kg/m<sup>2</sup>, the BMI of women was  $21,5 \pm 3,0$  kg/m<sup>2</sup>; the waist/hip ratio of men ( $0,92 \pm 0,06$ ) higher than women ( $0,86 \pm 0,05$ ),

both differences are statistically significant ( $p < 0.05$ ). Study indicates that 8,2% of patients have chronic energy deficiency, 25,4% are overweight - obese. The proportion of patients at the risk of malnutrition according to SGA is 47,3%. Smokers are 4,56 times more likely to develop malnutrition than non-smokers (OR = 4,56; 95%CI: 2,04 – 10,18,  $p < 0,001$ ). The risk of malnutrition is 5,67 times higher in non-exercisers than in exercisers (OR = 5,67, 95%CI: 2,42 – 13,24,  $p < 0,001$ ). **Conclusion:** The rate of heart failure patients at risk of malnutrition is quite high. Besides pathological factors, there are many lifestyle factors that affect the nutritional status of heart failure patients. **Keywords:** nutritional status, heart failure, Hanoi Medical University Hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là giai đoạn diễn biến cuối cùng của các bệnh lý tim mạch. Hiện nay trên thế giới có khoảng 64,3 triệu người suy tim. <sup>1</sup> Số người mắc suy tim theo dự báo sẽ tiếp tục tăng lên trong những năm tới do sự già hóa dân số, sự gia tăng các yếu tố nguy cơ tim mạch cũng như sự phát triển của khoa học kỹ thuật giúp cho tỷ lệ bệnh nhân được cứu sống tăng lên. Năm 2021 theo thống kê về bệnh tim và đột quỵ của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ dựa trên ước tính từ dữ liệu thuộc Chương trình khảo sát nghiên cứu sức khỏe và dinh dưỡng Quốc gia (National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES) thu thập từ năm 2015 – 2018 có khoảng 6 triệu người Mỹ từ 20 tuổi trở lên mắc suy tim. <sup>2</sup> Tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y tế năm 2019, tỷ lệ mắc và tử vong của bệnh tim mạch là 9,14% và 8,38%. <sup>3</sup> Nhiều yếu tố nguy cơ đối với bệnh suy tim đã được xác định, phần lớn đề cập đến chế độ ăn và lối sống. Việc điều chỉnh chế độ dinh dưỡng sẽ ảnh hưởng đến kết quả phòng và điều trị bệnh, giúp giảm thời gian nằm viện và giảm nguy cơ tử vong. Trên thực tế, suy dinh dưỡng (SDD) thường gặp ở những người bệnh điều trị suy tim đặc biệt ở giai đoạn tiến triển của bệnh. <sup>4</sup> Một phân tích tổng hợp đã chứng minh rằng tỉ lệ SDD ở bệnh nhân suy tim là 46%.<sup>5</sup> Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD), phát hiện sớm nguy cơ SDD ở người bệnh suy tim góp phần đưa ra những giải pháp tốt hơn trong việc cải thiện chất lượng và nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng

Email: nguyenguangdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024