

thuốc, chủ yếu gặp ở người cao tuổi hay quên. Dựa theo bảng kiểm quy trình thực hiện của Nguyễn Đức Thọ 2016 [7] có 10% (5 người bệnh) đạt, thực hiện đúng 9 bước, còn 45 người bệnh (90%) không đạt, phù hợp với nghiên cứu của Đinh Thị Thu Huyền và cộng sự 2020 [8] với 13.3% đạt, 86.7% không đạt. Chủ yếu người bệnh thực hiện không đúng ở các bước nín thở 10 giây sau khi xịt thuốc, thở ra trước khi xịt thuốc.

## V. KẾT LUẬN

- Đa số người bệnh hen phế quản có độ tuổi trên 70 (40%), là nam giới (58%), trong gia đình có người bị hen (70%), không có tiền sử dị ứng (62%), không mắc bệnh hen từ nhỏ (76%)
- Đa số người bệnh có tư thế đúng khi dùng bình xịt (96%); cách thở đúng trước khi xịt thuốc (56%); hít thật sâu, dài cùng lúc bắt đầu xịt thuốc (64%), ngậm bình xịt đúng cách (82%); xúc miệng sau khi xịt thuốc (74%)
- 100% người bệnh mở đóng nắp bình khi sử dụng, cầm bình đúng cách và lắc đều bình trước khi xịt thuốc
- Chỉ có 5 người bệnh có thời gian nín thở đúng khi hít thuốc 10 giây (10%)
- Đa số người bệnh hen phế quản sử dụng bình xịt MDI có corticoid không đạt (90%)

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ** (2009), Quyết định 4776/QĐ-BYT ngày 4 tháng 12 năm 2009 về việc "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản".
2. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2020). Bệnh học nội khoa tập 1. Nhà xuất bản y học
3. **Centers for Disease Control and Prevention** (2012), "Work-related asthma - 38 and district of olumbia, 2006- 2009", MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 61(20), pp. 375-8.
4. **Chaari N, Amri C, Khalfallah T et al** (2009), "Rhinitis and asthma related to cotton dust exposure in apprentices in the clothing industry", Rev Mal Respir, 26(1), pp:29-36
5. **Dương Quý Sỹ** (2016), Sổ tay hướng dẫn xử trí và dự phòng hen phế quản, GINA
6. **Phan Quang Đoàn** (2011), "Một số nguyên nhân hay gặp gây Hen phế quản", Tạp chí Y học thực hành, số 9, tr 44- 46.
7. **Nguyễn Đức Thọ** (2016), Nghiên cứu thực trạng và hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đối với BPTN mãn tính tại xã Kiến Thiết và Kiến Bái thành phố Hải Phòng năm 2014-2016. Luận án tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
8. **Đinh Thị Thu Huyền** (2020), Thực trạng sử dụng bình hít định liều của người BPTN mãn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. Luận văn thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học Y dược Huế

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Linh<sup>1</sup>, Trần Thu Hiền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng trên người bệnh ung thư điều trị tại Trung tâm Ung bướu bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Lấy mẫu toàn bộ, lấy tất cả người bệnh ung thư điều trị nội trú tại trung tâm Ung bướu tỉnh Nam Định từ đầu tháng 02 đến hết tháng 03 năm 2022. Lấy đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn. Cỡ mẫu nghiên cứu là 255 người bệnh. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI và PG-SGA. **Kết quả:** có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với các yếu tố như: tuổi, kinh tế, thói quen hút thuốc, uống rượu, giai đoạn bệnh và bệnh lý kèm theo.

**Từ khóa:** ung thư, dinh dưỡng

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Linh  
Email: nguyenlinh@ndun.edu.vn  
Ngày nhận bài: 01.3.2024  
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024  
Ngày duyệt bài: 13.5.2024

### SUMMARY

#### SOME RELATED FACTORS IN CANCER PATIENTS TREATMENT AT THE ONCANCER CENTER OF NAM DINH PROVINCE GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Identify some factors related to nutritional status in cancer patients treated at the Oncology Center of Nam Dinh Provincial General Hospital. **Research subjects and methods:** Take all samples, take all cancer patients receiving inpatient treatment at the Nam Dinh Oncology Center from the beginning of February to the end of March 2022. Take research subjects according to criteria. selection standard. The study sample size is 255 patients. Assess nutritional status according to BMI and PG-SGA. **Results:** there is a relationship between nutritional status and factors such as age, economics, smoking habits, alcohol consumption, disease stage and comorbidities. **Keywords:** cancer, nutrition

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một căn bệnh phức tạp do nhiều

tương tác giữa các gen và môi trường, được coi là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu hiện nay trên toàn thế giới và vẫn luôn là mối quan tâm trên toàn cầu. Theo thống kê của GLOBOCAN năm 2020, tình hình mắc và tử vong do ung thư trên toàn thế giới đều có xu hướng tăng [1]. Suy dinh dưỡng là một tình trạng nghiêm trọng tiềm ẩn thường đi kèm với bệnh ung thư và cách điều trị của nó. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư được báo cáo là từ khoảng 10% đến 80% và chính suy dinh dưỡng là một trong những nguyên nhân gây tử vong ở 20% bệnh nhân ung thư. Suy dinh dưỡng góp phần làm tăng nguy cơ nhiễm độc, nhiễm trùng và chi phí chăm sóc sức khỏe, cũng như giảm đáp ứng điều trị, tuân thủ, chất lượng cuộc sống ở 20% bệnh nhân ung thư [2]. Tâm soát nguy cơ dinh dưỡng càng sớm càng tốt cho phép xác định người bệnh nguy cơ suy dinh dưỡng hay không, đồng thời xác định các yếu tố liên quan trên người bệnh ung thư là rất cần thiết để đưa ra can thiệp dinh dưỡng kịp thời trong suốt quá trình điều trị ung thư, từ đó xây dựng chế độ ăn hợp lý giúp người bệnh góp phần làm giảm tác dụng gây độc tế bào và các biến chứng liên quan do tác dụng phụ của các phương pháp điều trị để nâng cao chất lượng cuộc sống người bệnh [3]. Vì vậy nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài: *Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư điều trị tại Trung tâm Ung bướu bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định*. Với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng trên người bệnh ung thư điều trị tại Trung tâm Ung bướu bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định*.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh đang điều trị ung thư tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

**- Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- + Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu
- + NB biết đọc, biết viết

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin
- + NB cảm thấy mệt thực hiện các phẫu thuật như truyền hóa chất, cấy ghép tủy xương, phẫu thuật, xạ trị, hay liệu trình miễn dịch
- + NB có rối loạn về thể chất và tinh thần

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- + Thời gian thu thập số liệu: từ đầu tháng 02/2022 đến hết tháng 3/2022
- + Địa điểm: Trung tâm Ung bướu Bệnh viện

Đa khoa tỉnh Nam Định.

**2.3 Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang

**2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu toàn bộ, cỡ mẫu thu được là 255 đối tượng nghiên cứu

**2.5. Bộ công cụ nghiên cứu.** Sử dụng 2 phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng là đánh giá TTDD của người bệnh theo BMI và PG-SGA. Gồm 3 phần:

Phần A: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu gồm 14 câu

Phần B: Bộ công cụ PG-SGA gồm 11 câu

Phần C: Chỉ số BMI

Thử nghiệm trước bộ công cụ nghiên cứu: Hai tuần trước khi bắt đầu thu thập dữ liệu, tiến hành điều tra thử 10% đối tượng phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn (10% đối tượng này sẽ không tham gia vào số đối tượng nghiên cứu sẽ được điều tra sau đó) để xác định tính khả thi của bộ thu thập dữ liệu của bộ công cụ. Các kết quả sẽ được sử dụng để chỉnh sửa và cập nhật bộ công cụ cho phù hợp

**Cách đánh giá:** Phương pháp đánh qua chỉ số cơ thể BMI

Đánh giá kết quả BMI dựa theo thang đo Tổ chức y tế thế giới (WHO) khuyến dùng cho người trưởng thành châu Á [2].

Phân loại	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
Suy dinh dưỡng	<18.5
Bình thường	18.5-22.9
Thừa cân/béo phì	≥23

Phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan PG-SGA

Sử dụng bảng SGA cải biên PG-SGA để đánh giá TTDD ở NB ung thư. PG-SGA gồm 7 ô đánh giá các vấn đề liên quan đến TTDD chia làm 2 phần:

Phần 1: Từ câu B1 đến câu B8 (điểm A): Bệnh sử người bệnh khai hoặc tự điền

Phần 2: Câu B9 và câu B10 (điểm B): Tình trạng bệnh và những nhu cầu dinh dưỡng liên quan, câu B11 (điểm C): Nhu cầu chuyển hóa như sốt, thời gian sốt, sử dụng corticoit.

Tổng điểm PG-SGA là: A+B+C

0-1: Không cần can thiệp dinh dưỡng vào lúc này. Đánh giá lại thường xuyên trong quá trình điều trị.

2-3: Giáo dục hướng dẫn chế độ ăn người bệnh và gia đình.

4-8: Yêu cầu sự can thiệp dinh dưỡng.

> 9: Cho thấy nhu cầu quan trọng trong việc cải thiện quản lý triệu chứng và/hoặc can thiệp dinh dưỡng.

**PG-SGA cung cấp việc đánh giá nguy cơ**

**SDD của người bệnh theo 3 mức độ:**

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.

**2.6. Phương pháp thu thập số liệu.** Sau khi thông qua Hội đồng khoa học trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, được sự đồng ý của Trung tâm Ung bướu bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định và sự đồng ý tham gia nghiên cứu của người bệnh, nhóm nghiên cứu bắt đầu tiến hành

thu thập số liệu.

**2.7. Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu sau khi thu thập xong sẽ được nhập và mã hoá. Số liệu sẽ được xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 với mức ý nghĩa thống kê  $\alpha=0,05$ . Sử dụng kỹ thuật thống kê khi bình phương để kiểm định mối tương quan giữa các biến.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Mối liên quan giữa đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và BMI**

**Bảng 3.1. Mối liên quan giữa đặc điểm chung và BMI**

		Phân loại BMI				OR	p
		Suy dinh dưỡng (<18.5)		Bình thường/ thừa cân (≥18.5)			
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	< 60	59	62.1	36	37.9	1.723	0.039
	≥ 60	78	48.8	82	51.2		
Giới tính	Nam	92	52	85	48	0.794	0.399
	Nữ	45	57.5	33	42.3		
Trình độ học vấn	Dưới THPT	55	56.1	43	43.9	1.170	0.544
	Từ THPT lên	82	52.2	75	47.8		
Kinh tế	Nghèo/cận nghèo	90	63.4	52	36.6	2.430	0.01
	Không phải hộ nghèo	47	41.6	66	58.4		
Hút thuốc	Có	76	54.3	64	45.7	1.051	0.02
	Không	61	53	54	47		
Uống rượu	Có	87	49.4	89	50.6	1.764	0.04
	Không	50	63.3	29	36.7		

**Nhận xét:** Nhóm tuổi dưới 60 và từ 60 trở lên có tình trạng dinh dưỡng khác nhau và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P<0.05$ . Tỷ lệ nam giới suy dinh dưỡng nhiều hơn nữ giới. Nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p>0.05$ . NB có trình độ học vấn khác nhau thì tình trạng dinh dưỡng cũng ở mức khác nhau, tuy

nhiên chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa trình độ học vấn và BMI. Nghiên cứu về kinh tế cho thấy hộ nghèo/cận nghèo có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao gần gấp đôi hộ không nghèo. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p<0.05$ .

**3.2. Mối liên quan giữa đặc điểm chung và PG-SGA**

**Bảng 3.2. Mối liên quan giữa đặc điểm chung và PG-SGA**

		Phân loại PG-SGA				OR	p
		PG-SGA A (Dinh dưỡng tốt)		PG-SGA B và C (SDD/nguy cơ SDD)			
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	< 60	29	30.5	66	69.5	1.828	0.042
	≥ 60	31	19.4	129	80.6		
Giới tính	Nam	45	25.4	132	74.6	1.432	0.283
	Nữ	15	19.2	63	80.8		
Trình độ học vấn	Dưới THPT	26	26.5	72	73.5	1.306	0.372
	Từ THPT lên	34	21.7	123	78.3		
Kinh tế	Nghèo/cận nghèo	27	19	115	81	0.569	0.057
	Không phải hộ nghèo	33	29.2	80	70.8		
Hút thuốc	Có	41	29.3	99	70.7	2.093	0.017
	Không	19	16.5	96	83.5		
Uống rượu	Có	35	19.9	141	80.1	1.865	0.041
	Không	25	31.6	54	68.4		

**Nhận xét:** Nghiên cứu về giới tính cũng như trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng giữa các nhóm này tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ . NB nghèo/cận nghèo có tỷ lệ suy dinh dưỡng/nguy cơ suy dinh dưỡng tương đối cao chiếm 81%, còn lại có 19% NB không phải hộ nghèo có dinh

dưỡng tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . NB có sử dụng thuốc có nguy cơ suy dinh dưỡng cao gấp trên 2 lần đối tượng không hút thuốc. Tỷ lệ suy dinh dưỡng/ nguy cơ suy dinh dưỡng ở người có sử dụng rượu cao hơn người không sử dụng rượu rất nhiều.

### 3.3. Môi liên quan giữa đặc điểm về bệnh với BMI

**Bảng 3.3. Bảng Môi liên quan giữa đặc điểm về bệnh với BMI**

		Phân loại BMI				OR	p
		Suy dinh dưỡng (<18.5)		Bình thường/thừa cân (≥18.5)			
		n	%	n	%		
Giai đoạn bệnh	I/II	36	43.9	46	56.1	0.558	0.03
	III/IV	101	58.4	72	41.6		
Bệnh lý kèm theo	Có	68	61.3	43	38.7	1.719	0.034
	Không	69	47.9	75	52.1		

**Nhận xét:** Đối tượng tham gia nghiên cứu đang ở giai đoạn bệnh III/IV có 101 người (chiếm 73.7%) suy dinh dưỡng cao hơn số người bị suy dinh dưỡng ở giai đoạn bệnh I/II là 36 người. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Những người có bệnh lý kèm theo thì số

người bị suy dinh dưỡng cao hơn số người có chỉ số BMI bình thường hoặc thừa cân. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ .

### 3.4. Môi liên quan giữa đặc điểm về bệnh với PG-SGA

**Bảng 3.4. Môi liên quan giữa đặc điểm về bệnh với PG-SGA**

		Phân loại PG-SGA				OR	p
		PG-SGA A (Dinh dưỡng tốt)		PG-SGA B và C (SDD/nguy cơ SDD)			
		n	%	n	%		
Giai đoạn bệnh	I/II	26	31.7	56	68.3	1.898	0.034
	III/IV	34	19.7	139	80.3		
Bệnh lý kèm theo	Có	36	32.4	75	67.6	2.4	0.003
	Không	24	16.7	120	83.3		

**Nhận xét:** Người bệnh ở giai đoạn bệnh III/IV có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao người bệnh đang ở giai đoạn bệnh I/II. Có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh có và không có bệnh lý kèm theo, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ .

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Môi liên quan giữa tuổi và tình trạng dinh dưỡng.** Nhóm tuổi  $\geq 60$  số NB suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn nhóm tuổi dưới 60 rất nhiều. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Tuổi càng cao nguy cơ suy dinh dưỡng càng lớn, nhóm tuổi  $\geq 60$  có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn nhóm tuổi dưới 60 gấp 1.8 lần. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Vân nhóm tuổi  $>60$  tuổi bị SDD cao gấp 2,2 lần nhóm 37- 60 tuổi với  $p < 0,05$  [4]. 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 [5]. Tác giả Nguyễn Thị Hương Quỳnh cho kết quả tuổi càng cao thì nguy cơ suy dinh dưỡng

càng tăng. Theo phân loại PG-SGA, ở nhóm tuổi  $\geq 60$  tuổi NB có nguy cơ suy dinh dưỡng cao gấp 3.04 lần so với nhóm tuổi dưới 60 tuổi với  $p < 0.05$  [6].

**4.2. Môi liên quan giữa giới và tình trạng dinh dưỡng.** Mức độ suy dinh dưỡng ở nam giới và nữ giới là khác nhau. Số người suy dinh dưỡng ở nam giới cao hơn nữ giới. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ . Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Khánh Huyền giới tính không có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng với  $p > 0.05$ . Khác với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương và cộng sự năm 2013 cho thấy giới tính có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng của NB với  $p < 0.05$  [7]. Tác giả Lê Thị Ngọc Ánh cũng chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và tình trạng dinh dưỡng [8].

**4.3. Môi liên quan giữa trình độ học vấn và tình trạng dinh dưỡng.** Có sự khác biệt giữa trình độ học vấn và tình trạng dinh dưỡng,

tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ . Tác giả Lê Thị Vân cho thấy NB có trình độ văn hóa cấp 1 bị suy dinh dưỡng cao gấp 4 lần so với cấp 2 và gấp 3,9 lần so với cấp 3 trở lên với  $p < 0,05$ . Nguyên nhân do NB có trình độ văn hóa thấp thiếu kiến thức về chăm sóc dinh dưỡng NB 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 [4]. Giống với kết quả của tác giả cũng Phạm Khánh Huyền đó là trình độ học vấn không có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA với  $p > 0.05$ ,  $OR = 1.25$  [9].

**4.4. Mối liên quan giữa kinh tế gia đình và tình trạng dinh dưỡng.** Đối tượng tham gia nghiên cứu là hộ nghèo/cận nghèo có tỷ lệ người suy dinh dưỡng (63.4%), (81%) cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ những người bình thường/thừa cân (36.6%), (19%). Về đối tượng bị suy dinh dưỡng thì hộ nghèo/cận nghèo có tỷ lệ NB suy dinh dưỡng cao hơn đối tượng không phải hộ nghèo. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Tác giả Nguyễn Thị Hương Quỳnh cho kết quả tỷ lệ người bệnh có BMI  $< 18.5$  ở nhóm xếp loại kinh tế nghèo/cận nghèo chiếm 43.3% cao hơn nhóm xếp loại kinh tế trung bình 23.3%. Điều này cho thấy NB có thu nhập càng cao thì tỷ lệ suy dinh dưỡng càng ít và ngược lại. Như vậy mối quan hệ giữa xếp loại kinh tế và BMI có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$  [6]

**4.5. Mối liên quan giữa thói quen hút thuốc lá và tình trạng dinh dưỡng.** Thói quen sử dụng thuốc lá có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của NB ung thư với  $p < 0.05$ . Tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Thị Vân người bệnh hút thuốc lá có nguy cơ SDD cao hơn gấp 3,5 lần không hút với  $p < 0,001$  [4]. Cao hơn so với nghiên cứu của Silva cho thấy hút thuốc lá có nguy cơ SDD cao gấp 1,25 lần với  $p < 0,05$  [5]. Tác giả Phạm Khánh Huyền cũng cho rằng huyết thuốc lá/lào có liên quan với tình trạng dinh dưỡng PG-SGA với  $p < 0.05$ .  $OR = 0.052$ . NB đã và đang hút thuốc lá có tình trạng suy dinh dưỡng cao hơn. Việc từ vấn giáo dục sức khỏe về thói quen sống ko tốt như hút thuốc có ảnh hưởng đến bệnh ung thư là vô cùng quan trọng, giúp cho mọi người nhận thức đúng đắn về yếu tố nguy cơ và thay đổi để có lối sống lành mạnh [8].

**4.6. Mối liên quan giữa thói quen uống rượu/bia và tình trạng dinh dưỡng.** NB

không sử dụng rượu/bia có tỷ lệ dinh dưỡng tốt cao hơn những người có sử dụng sử dụng rượu/bia. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . 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. Nghiên cứu của Lê Thị Vân ghi nhận NB lạm dụng rượu bia có nguy cơ SDD cao gấp 3,3 lần với  $p < 0,05$ . NB tập thể dục  $< 30$  phút/ngày có nguy cơ SDD gấp 2,5 lần so với tập thể dục  $\geq 30$  phút/ngày với  $p < 0,05$  [4]

**4.7. Mối liên quan giữa các giai đoạn của ung thư và PG-SGA.** Nhóm NB ở giai đoạn III/IV có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn và có nguy cơ suy dinh dưỡng gấp 2 lần nhóm NB ở giai đoạn bệnh I/II. Tác giả Nguyễn Thị Hương Quỳnh nhận thấy, nhóm người bệnh ở giai đoạn III/IV có nguy cơ suy dinh dưỡng cao gấp 3.24 lần so với nhóm NB ở giai đoạn I/II. Điều này cho thấy tỷ lệ NB suy dinh dưỡng phổ biến hơn ở giai đoạn III/IV với  $p < 0.05$  [6]. Tác giả Lê Thị Vân cho rằng NB 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 NB 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 [4]

**4.8. Mối liên quan giữa bệnh lý kèm theo tình trạng dinh dưỡng.** Nhóm đối tượng có bệnh lý kèm theo có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn nhóm đối tượng không có bệnh lý kèm theo. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Theo Phạm Khánh Huyền bệnh lý kèm theo có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng chỉ số BMI với  $p < 0.05$ ,  $OR = 0.206$ . Người bệnh không có bệnh lý kèm theo thì tình trạng dinh dưỡng tốt hơn [8]. Ở các nước phát triển nguyên nhân gây suy dinh dưỡng chủ yếu là có bệnh lý kèm theo. Bất kỳ rối loạn nào dù cấp hay mạn đều có nguy cơ gây ra hay làm trầm trọng thêm tình trạng suy dinh dưỡng. Vì vậy Điều dưỡng cũng như cán bộ tư vấn dinh dưỡng cần giải thích rõ chế độ dinh dưỡng phù hợp với từng người bệnh có bệnh lý kèm theo để họ có chế độ ăn phù hợp và tốt nhất cho sức khỏe.

## V. KẾT LUẬN

- Chúng tôi thấy rằng có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với các yếu tố như: tuổi, kinh tế, thói quen hút thuốc, uống rượu, giai đoạn bệnh và bệnh lý kèm theo

- Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và giới, trình độ học vấn

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Paula Ravasco** (2019), "Nutrition in cancer patients", Journal of clinical medicine. 8(8), 1211.
2. **Woong Sub Koom et al** (2012), "Nutritional status of patients treated with radiotherapy as determined by subjective global assessment", Roj radiation Oncology 30(3), 132-139.
3. **Planas M, Fernández-Ortega J.F and và Abilés J** (2011), "Guidelines for specialized nutritional and metabolic support in the critically-ill patient: update: consensus SEMICYUC-SENPE: oncohematological patient.", Nutr Hosp. 26(2), 50-53.
4. **Lê Thị Vân, Nguyễn Văn Quế và Văn La Luân** (2021), "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", Y dược Cần Thơ. 34, tr. 54-60.
5. **Silva F.R et al** (2015), "Factors associated with malnutrition in hospitalized cancer patients: a cross-sectional study", Nutrition journal. 14, 123.
6. **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, Luận văn thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
7. **Phạm Thị Thu Hương và các cộng sự** (2013), "Thực trạng dinh dưỡng, kiến thức và thực hành dinh dưỡng bệnh 79 nhân ung thư đại, trực tràng điều trị hóa chất.", Tạp chí dinh dưỡng. 9(4), tr. 34-40
8. **Lê Thị Ngọc Anh** (2020), "Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Long An qua một số phương pháp đánh giá", Tạp chí y học Việt Nam. 504(2), tr. 228-232.
9. **Phạm Khánh Huyền** (2020), "Thực trạng dinh dưỡng của người bệnh Ung thư Đầu mặt cổ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2020, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

**SỬ DỤNG THUỐC ỨC CHẾ SGLT2 Ở NGƯỜI SUY TIM NHẬP VIỆN**Lê Đình Triều Giang<sup>1,2</sup>, Trần Kim Trang<sup>1,2</sup>**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Để cải thiện kết cục của suy tim, các khuyến cáo hiện hành trong và ngoài nước đều hướng dẫn dùng thuốc ức chế Sodium-glucose-cotransporter-2 (SGLT2i) cho người suy tim phân suất tống máu giảm, giảm nhẹ, bảo tồn dù có kèm đái tháo đường hay không. **Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ và thời gian sử dụng thuốc ức chế SGLT2 theo 3 nhóm phân suất tống máu (PSTM) giảm, giảm nhẹ, bảo tồn. Mô tả đặc điểm bệnh nhân dùng thuốc ức chế SGLT2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả, cắt ngang trên bệnh nhân suy tim nhập khoa Nội tim mạch bệnh viện Đại học Y Dược Tp. HCM từ tháng 5- 8/2023. **Kết quả:** Ghi nhận 118 trường hợp nhập viện do suy tim, trong đó có 71 (60,2%) bệnh nhân được sử dụng SGLT2i. Tỉ lệ sử dụng ở nhóm PSTM giảm 78,3%, PSTM giảm nhẹ 66,7%, PSTM bảo tồn 41,2% (p<0,001). Thời gian trung bình sử dụng thuốc sau nhập viện ở PSTM giảm là 2,7±1,8 ngày, PSTM giảm nhẹ 3,1±1,5 ngày và PSTM bảo tồn 4,9±3,9 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân được dùng thuốc trong ngày đầu nhập viện ở PSTM giảm 22,9%, PSTM giảm nhẹ 14,3%, PSTM bảo tồn 18,2% (p<0,001). Tỷ lệ sử dụng tứ trụ điều trị suy tim ở nhóm PSTM giảm 41,3%, PSTM giảm nhẹ 14,3%, PSTM bảo tồn 9,8% (p=0,02). Ở nhóm BN được dùng thuốc SGLT2i: PSTM giảm 49,3%, PSTM giảm nhẹ 19,7%, PSTM bảo tồn 31%. Nhóm tuổi trên và dưới 60 tuổi, giới tính, tần số

tim, nồng độ hemoglobin, NT-proBNP và tỷ lệ sử dụng thuốc ARBi, ARNI có sự khác biệt giữa nhóm có và nhóm không dùng thuốc ức chế SGLT2. **Kết luận:** Sử dụng thuốc ức chế SGLT2 nhiều nhất và sớm nhất ở nhóm PSTM giảm và thấp nhất, muộn nhất ở nhóm PSTM bảo tồn. Nhóm dùng thuốc có một số khác biệt lâm sàng, cận lâm sàng với nhóm không dùng thuốc.

**Từ khóa:** suy tim, phân suất tống máu giảm, phân suất tống máu giảm nhẹ, phân suất tống máu bảo tồn, ức chế SGLT2.

**SUMMARY****UTILIZATION OF SGLT2 INHIBITORS IN HOSPITALIZED HEART FAILURE PATIENTS**

To improve the outcome of heart failure, domestically and internationally current guidelines indicated Sodium-glucose-cotransporter-2 inhibitors (SGLT2i) for heart failure patients with reduced, mildly reduced or preserved ejection fraction with or without diabetes. **Objective:** To survey the incidence and time of using SGLT2i in 3 groups: Reduced, mildly reduced and preserved ejection fraction. To describe the characters of patients on SGLT2i. **Subjects and methods:** Prospective, descriptive, cross-sectional study on heart failure patients admitted to the Cardiology Department of University of Medicine and Pharmacy Hospital in HCM city from May 2023 to August 2023. **Results:** Among 118 cases of hospitalization for heart failure 71 (60.2%) patients were using SGLT2i: HFrEF 78.3%, HFmEF 66.7%, HFpEF 41.2% (p<0.001). In term of prescribed day from admission, HFrEF after 2.7±1.8 days, HFmEF after 3.1±1.5 days, and HFpEF after 4.9±3.9 days. Taking SGLT2i on the first day hospitalization of HFrEF, HFmEF and HFpEF was 22.9%, 14.3%, 18.2% respectively (p<0,001). Using all four-pillar drugs was in the HFrEF 41.3%, HFmEF 14.3%, HFpEF 9.8% (p

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Triều Giang

Email: ledinhtrieugianghb@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024