

TÌNH TRẠNG SỤT CÂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ KHOANG MIỆNG ĐIỀU TRỊ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Đức Dương¹, Lại Thị Mai Ly², Lê Thị Giang², Nguyễn Thị Ngọc Lan²

¹Trường Đại học Y Khoa Vinh

²Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Nghiên cứu tiến hành trên 40 bệnh nhân ung thư khoang miệng điều trị hóa xạ trị đồng thời cho thấy 57,5% bệnh nhân bị sụt cân, với mức sụt cân trung bình $4 \pm 1,5$ kg. Tỷ lệ sụt cân cao hơn tập trung ở nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi (64%), bệnh nhân nữ (62,5%) và đặc biệt nhóm bệnh nhân có BMI trước điều trị ≥ 23 kg/m² (82,4%). Những bệnh nhân có viêm nha chu (83,3%), ở giai đoạn III–IV của bệnh (67,7%) và không được nuôi ăn qua ống thông (72,7%) cũng có tỷ lệ sụt cân cao. Các triệu chứng độc tính điều trị góp phần làm tăng tỷ lệ sụt cân, gồm viêm niêm mạc miệng độ III (76,9%), nuốt khó (70,8%), khô miệng (69%), buồn nôn/nôn (76,9%), khít hàm (80%), mệt mỏi (60%), chán ăn (60%) và rối loạn tiêu hóa (53,8%).

Từ khóa: Sụt cân, ung thư biểu mô khoang miệng, hóa xạ trị đồng thời.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô khoang miệng (UTBMKM) là bệnh lý ác tính xuất phát từ niêm mạc phủ toàn bộ khoang miệng, bao gồm các vị trí: môi (môi trên, môi dưới, mép), lợi hàm trên, lợi hàm dưới, khe liên hàm, khẩu cái cứng, lưỡi (phần di động), niêm mạc má và sàn miệng [1]. Theo GLOBOCAN 2020, trên thế giới nam giới có 264.211 ca ung thư khoang miệng mới mắc (chiếm 6,0% các loại ung thư) và 125.022 ca tử vong (2,8%). Ở nữ giới, số ca mới mắc là 113.502 (2,3%) và tử vong 52.735 (1,0%) [2]. Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2020 ghi nhận khoảng 2.152 ca ung thư khoang miệng mới mỗi năm và 1.099 ca tử vong [3]. Hóa xạ trị đồng thời (CCRT - Concurrent Chemoradiotherapy) là phương pháp điều trị bổ trợ hoặc triệt căn, thường được áp dụng cho UTBMKM giai đoạn tiến triển. Tuy nhiên, hóa xạ trị cũng gây ra nhiều tác dụng phụ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh như: bỏng da vùng chiếu xạ, viêm xơ tuyến nước bọt gây khô miệng, viêm

niêm mạc miệng, mệt mỏi, buồn nôn/nôn, rối loạn tiêu hóa, khít hàm, đau rát họng... [4].

Sụt cân là dấu hiệu quan trọng của suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư, thường đi kèm với giảm khối cơ, giảm sức cơ và rối loạn vận động [5]. Ở bệnh nhân ung thư đầu cổ điều trị bằng xạ trị, việc giảm 8-10% trọng lượng cơ thể là khá phổ biến, ngay cả khi đã được can thiệp dinh dưỡng sớm; khoảng 40-80% bệnh nhân ung thư sẽ trải qua tình trạng suy dinh dưỡng tại một thời điểm nào đó trong quá trình điều trị [6]. Đặc biệt, việc sụt $\geq 6\%$ trọng lượng cơ thể được xem là yếu tố tiên lượng có ý nghĩa về đáp ứng điều trị, thời gian sống thêm và chất lượng cuộc sống của người bệnh [7].

Trong một nghiên cứu trên 175 bệnh nhân ung thư đầu cổ điều trị xạ trị, cân nặng trung bình của bệnh nhân giảm 9,4 kg (tương đương 11,3% trọng lượng cơ thể) trong giai đoạn điều trị, thậm chí cân nặng còn tiếp tục giảm sau khi kết thúc điều trị [8]. Do đó, việc theo dõi sát cân nặng của người bệnh trong quá trình điều trị giúp phát hiện sớm tình trạng sụt cân để can thiệp dinh dưỡng

kịp thời, đảm bảo bệnh nhân duy trì được phác đồ điều trị và cải thiện tiên lượng kết quả điều trị.

Tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, việc theo dõi cân nặng của bệnh nhân UTBMKM điều trị hóa xạ trị đã được tiến hành thường quy. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu phân tích sâu về tình trạng sụt cân và các yếu tố liên quan trong quá trình điều trị ở nhóm bệnh nhân này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và dinh dưỡng của nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô khoang miệng điều trị hóa xạ trị đồng thời; (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng sụt cân của nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô khoang miệng điều trị hóa xạ trị đồng thời đơn thuần tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 01/2024 đến 09/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, chẩn đoán xác định UTBMKM và được chỉ định hóa xạ trị đồng thời triệt để hoặc bổ trợ. Tình trạng toàn thân tốt (ECOG 0-2 hoặc Karnofsky $> 60\%$), được điều trị lần đầu và đã được tư vấn về dinh dưỡng hỗ trợ. Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin trước, trong và sau điều trị; bệnh nhân tỉnh táo, có khả năng giao tiếp và hợp tác (nghe, nói, đọc, viết).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử điều trị ung thư trước đó hoặc mắc đồng thời hai loại ung thư; bệnh nhân không tuân thủ điều trị đầy đủ hoặc mất dấu trong quá trình theo dõi.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có theo dõi dọc. Mỗi bệnh nhân được theo dõi từ khi bắt đầu hóa xạ trị cho đến khi kết thúc phác đồ, ghi nhận các thay đổi về cân nặng và biến cố lâm sàng.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính cho một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với p là tỷ lệ sụt cân dự kiến. Dựa theo một nghiên cứu tương tự trước đây của Redwan và cộng sự, chọn $p = 0,058$ [9]. Sai số tuyệt đối chấp nhận được $d = 0,08$. Với mức ý nghĩa thống kê 95% ($Z \approx 1,96$), cỡ mẫu tối thiểu tính được là 33. Để tăng độ tin cậy, chúng tôi đã chọn 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng theo quy trình chuẩn. Cân nặng và chiều cao được đo bằng cân điện tử và thước đo tiêu chuẩn vào thời điểm trước điều trị và sau khi kết thúc hóa xạ trị. Bệnh nhân được cân và đánh giá tình trạng dinh dưỡng hàng tuần, lấy mốc so sánh chính là trước và sau điều trị để xác định sụt cân.

Các thông tin về đặc điểm bệnh học được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Tác dụng phụ và độc tính trong quá trình hóa xạ trị được theo dõi và ghi nhận ở mỗi lần khám trong quá trình xạ trị. Mức độ viêm niêm mạc miệng được đánh giá theo thang đo WHO (độ 0-IV). Các triệu chứng khác được đánh giá theo tiêu chuẩn phân loại độc tính chung (CTCAE v5.0). Tất cả dữ liệu được nhập vào phiếu thu thập thông tin thống nhất cho nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu: Các biến số chính được xem xét bao gồm tuổi, giới tính, BMI trước và sau điều trị; các yếu tố liên quan như bệnh lý răng miệng, vị trí khối u, giai đoạn bệnh, nuôi ăn qua sonde dạ dày, các độc tính hóa xạ trị.

3. Xử lý số liệu

Dữ liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng trình bày bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD). Sự khác biệt giữa các tỷ lệ được kiểm định

bằng phép χ^2 (Chi bình phương) hoặc Fisher's Exact khi thích hợp; Phân tích hồi quy logistic đơn biến được áp dụng để ước tính Odds ratio (OR) và khoảng tin cậy 95% cho các yếu tố liên quan đến nguy cơ sụt cân. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2024. Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân được mã hóa và bảo mật, chỉ

phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích về mục tiêu, quy trình nghiên cứu và đồng ý tham gia.

III. KẾT QUẢ

Trong 40 bệnh nhân UTBMKM điều trị hóa xạ trị đồng thời tham gia nghiên cứu, có 23 bệnh nhân (57,5%) bị sụt cân khi kết thúc điều trị so với trước điều trị. Mức sụt cân trung bình của nhóm bệnh nhân này là $4 \pm 1,5$ kg (dao động 1–7 kg). Dưới đây là các đặc điểm cụ thể về mẫu bệnh nhân và các yếu tố liên quan.

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu và dinh dưỡng trước và sau hóa xạ trị (n = 40)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	Dưới 60 tuổi	15	37.5
	≥ 60 tuổi	25	62.5
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	61 ± 10 tuổi	
Giới	Nam	32	80.0
	Nữ	8	20.0
BMI trước điều trị	Gầy < 18,5	13	32.5
	Bình thường 18,5 - < 23	10	25.0
	Thừa cân, béo phì ≥ 23	17	42.5
BMI sau điều trị	Gầy < 18,5	22	55.0
	Bình thường 18,5 - < 23	14	35.0
	Thừa cân, béo phì ≥ 23	4	10.0
Hút thuốc lá	Có	30	75.0
	Không	10	25.0
Bệnh lý răng miệng	Không	19	47.5
	Viêm nha chu	6	15.0
	Sâu răng	6	15.0
	Khác	9	22.5
Chẩn đoán	Ung thư lưỡi	17	42.5
	Ung thư sàn miệng	9	22.5
	Ung thư khẩu cái	6	15.0
	Ung thư khác	8	20.0
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I-II	9	22.0
	Giai đoạn III-IV	31	78.0
Nuôi ăn qua sonde	Có	18	45.0
	Không	22	55.0

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 61 ± 10 , với đa số (62,5%) từ 60 tuổi trở lên, chủ yếu là nam giới (80%). Trước hóa xạ trị, tỷ lệ bệnh nhân thừa cân/béo phì là 42,5% và gầy 32,5%. Sau điều trị, tỷ lệ gầy tăng lên 55%, còn nhóm thừa cân/béo phì giảm rõ rệt xuống 10%; kết quả cho thấy đa số bệnh nhân có sụt giảm cân nặng. Có 75% bệnh nhân hút thuốc. 52,5% bệnh nhân có bệnh lý răng miệng (viêm nha chu và sâu răng). Ung thư lưỡi là phổ biến nhất (42,5%). Đa số bệnh nhân (77,5%) được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (III-IV), trong đó có 45% cần hỗ trợ dinh dưỡng bằng nuôi ăn qua sonde dạ dày.

2. Tác dụng phụ của hóa xạ trị

Bảng 2. Tỷ lệ gặp các độc tính do hóa xạ trị (n = 40)

Độc tính (Mức độ/Triệu chứng)		n	%
Viêm niêm mạc miệng	Viêm độ 1	16	40.0
	Viêm độ 2	11	27.5
	Viêm độ 3	13	32.5
	Viêm độ 4	0	0.00
Khít hàm	Có	5	12.5
	Không	35	87.5
Buồn nôn/nôn	Có	13	32.5
	Không	27	67.5
Khô miệng	Có	29	72.5
	Không	11	27.5
Đau	Có	36	95.0
	Không	4	5.0
Nuốt khó	Có	24	60.0
	Không	16	40.0
Rối loạn tiêu hóa	Có	13	32.5
	Không	27	67.5
Chán ăn	Có	25	62.5
	Không	15	37.5
Mệt mỏi	Có	30	75
	Không	10	25

Tất cả 40 bệnh nhân đều gặp tình trạng viêm niêm mạc miệng ở các mức độ khác nhau: nhẹ nhất là độ 1 (40%) và nặng nhất là độ 3 (32,5%); không có trường hợp nào viêm niêm mạc độ 4 (loét nặng). Các tác dụng phụ khác cũng rất phổ biến: 90% bệnh nhân báo cáo có cảm giác đau vùng miệng-họng do điều trị; 72,5% bị khô miệng do tổn thương tuyến nước bọt; 75% cảm thấy mệt mỏi; 60% bị khó nuốt ở mức độ nhất định; 62,5% chán ăn; 32,5% bị buồn nôn/nôn; 12,5% bị khít hàm (cứng hàm, hạn chế mở miệng) và 32,5% gặp rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy hoặc táo bón). Như vậy, phác đồ hóa xạ trị đồng thời đã gây ra nhiều tác động tiêu cực đến tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe chung của bệnh nhân; đặc biệt là viêm niêm mạc miệng, khô miệng, mệt mỏi và nuốt khó - những yếu tố có thể ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng ăn uống và hấp thu dinh dưỡng.

3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng sụt cân

Để phân tích các yếu tố liên quan đến sụt cân, chúng tôi phân nhóm bệnh nhân thành có sụt cân (23 bệnh nhân) và không sụt cân (17 bệnh nhân), rồi so sánh đặc điểm giữa hai nhóm. Kết quả phân tích đơn biến các yếu tố nhân khẩu và lâm sàng được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Một số yếu tố cá nhân liên quan đến sụt cân (n = 40)

Yếu tố		Có	Không	p	OR (95%CI)
Tuổi	Dưới 60	7 (46,7%)	8 (53,3%)	0.286	1
	≥ 60	16 (64,0%)	9 (36,0%)		0.49 (0.134-1.810)
Giới	Nam	18 (56.2%)	14 (43.8%)	-	1
	Nữ	5 (62.5)	3 (37.5)	0.753	0.77 (0.157-3.793)
BMI trước điều trị	Gầy < 18,5	6 (46.2)	7 (53.8)	-	1
	Bình thường 18,5 - < 23	3 (30.0)	7 (70.0)	0.404	0.50 (0.088-2.841)
	Thừa cân, béo phì ≥ 23	14 (82.40)	3 (17.6)	0.043	5.44 (1.039-28.533)
Hút thuốc lá	Có	16 (53.3)	14 (46.7)	0.471	0.49 (0.106-2.264)
	Không	7 (70.0)	3 (30.0)		
Bệnh lý răng miệng	Không	11 (57.9)	8 (42.1)	-	1
	Viêm nha chu	5 (83.3)	1 (16.7)	0.541	0.27 (0.027-2.833)
	Sâu răng	3 (50.0)	3 (50.0)	0.735	1.37 (0.218-8.669)
	Khác	4 (44.4)	5 (55.6)	0.507	1.71 (0.347-8.508)
Giai đoạn	Giai đoạn III -IV	21 (67.7)	10 (32.3)	0.023	7.35 (1.287-41.984)
	Giai đoạn I- II	2 (22.2)	7 (77.8)		
Nuôi ăn qua sonde	Không	16 (72.7)	6 (27.3)	0.033	4.190 (1.104-15.90)
	Có	7 (38.9)	11 (61.1)		
Chẩn đoán	Ung thư Lưỡi	11 (64.7)	6 (35.3)	-	1
	Ung thư Sàn miệng	5 (55.6)	4 (44.4)	0.612	1.47 (0.282-7.627)
	Ung thư Khẩu cái	4 (66.7)	2 (33.3)	0.931	0.92 (0.128-6.556)
	Ung thư khác	3 (37.5)	5 (62.5)	0.209	3.05 (0.535-17.462)

Phân tích đơn biến cho thấy BMI trước điều trị, giai đoạn bệnh và nuôi ăn qua sonde dạ dày có liên quan đáng kể đến nguy cơ sụt cân ở bệnh nhân UTBMKM. BMI trước điều trị: Nhóm thừa cân/béo phì (BMI ≥ 23) có nguy cơ sụt cân cao gấp 5,44 lần nhóm gầy (OR=5,44; p=0,043). Điều này cho thấy cân nặng ban đầu cao liên quan đến nguy cơ giảm cân nhiều hơn trong quá trình điều trị. Giai đoạn bệnh: bệnh nhân giai đoạn III-IV có nguy cơ sụt cân cao gấp 7,35 lần nhóm giai đoạn I-II (OR=7,35; p=0,023), cho thấy bệnh càng tiến triển thì nguy cơ sụt cân càng cao. Nuôi ăn qua sonde: bệnh nhân không nuôi ăn qua sonde có nguy cơ sụt cân cao gấp 4,19 lần nhóm được nuôi ăn qua sonde (OR=4,19; p=0,033). Do đó, việc nuôi ăn qua sonde có tác dụng bảo vệ, giúp hạn chế sụt cân. Các yếu tố tuổi, giới tính, hút thuốc lá và bệnh lý răng miệng không có mối liên quan thống kê rõ ràng với tình trạng sụt cân (p>0,05). Cần nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ thêm.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tác dụng phụ của hóa xạ trị và tình trạng sụt cân ($n = 40$)

Độc tính		Có n (%)	Không n (%)	p	OR (95%CI)
Mức độ viêm niêm mạc	Độ 1	5 (35.7)	11 (68.8)	-	1
	Độ 2	8 (72.7)	3 (27.3)	0.034	5.86 (1.075-32.002)
	Độ 3	10 (76.9)	3 (23.1)	0.001	7.33 (1.383-38.877)
Mệt mỏi	Có	18 (60.0)	12 (40.0)	0.717	1.50 (0.356-6.323)
	Không	5 (50.0)	5 (50.0)	-	
Chán ăn	Có	15 (60.0)	10 (40.0)	0.680	1.31 (0.361-4.777)
	Không	8 (53.3)	7 (46.7)	-	
Rối loạn tiêu hoá	Có	7 (53.8)	6 (46.2)	0.746	0.802 (0.211-3043)
	Không	16 (59.3)	11 (40.7)	-	
Nuốt khó	Có	17 (70.8)	7 (29.2)	0.041	4.04 (1.058-15.478)
	Không	6 (37.5)	10 (62.5)	-	
Đau	Có	1 (25.0)	3 (75.0)	0.294	4.71 (0.445-49.943)
	Không	22 (61.1)	14 (38.9)	-	
Khô Miệng	Có	20 (69.0)	9 (31.0)	0.03	5.92 (1.267-27.714)
	Không	3 (27.3)	8 (72.7)	-	
Buồn nôn/nôn	Có	10 (76.9)	3 (23.1)	0.094	3.59 (0.805-16.005)
	Không	13 (48.1)	14 (51.9)	-	
Khít hàm	Có	4 (80.0)	1 (20.0)	0.373	1.18 (0.280-0.373)
	Không	19 (54.3)	16 (45.7)	-	

Các tác dụng phụ liên quan rõ rệt với tình trạng sụt cân gồm: viêm niêm mạc miệng, khô miệng và nuốt khó. Cụ thể, viêm niêm mạc miệng mức độ II và III làm tăng đáng kể nguy cơ sụt cân (OR lần lượt là 5,86 và 7,33; $p < 0,05$). Khô miệng làm tăng nguy cơ sụt cân gấp 5,92 lần ($p=0,03$), trong khi nuốt khó làm tăng nguy cơ sụt cân 4,04 lần ($p=0,041$). Tình trạng buồn nôn/nôn cũng cho thấy xu hướng làm tăng sụt cân, tuy nhiên chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p=0,094$). Các triệu chứng khác như mệt mỏi, chán ăn, rối loạn tiêu hóa, đau và khít hàm chưa thể hiện rõ mối liên quan thống kê, do cỡ mẫu hạn chế hoặc phân bố không đồng đều giữa các nhóm. Như vậy, viêm niêm mạc miệng mức độ nặng, khô miệng và nuốt khó là các yếu tố quan trọng cần

ưu tiên can thiệp để giảm nguy cơ sụt cân ở bệnh nhân điều trị hóa xạ trị.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân và tỷ lệ sụt cân

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 61 ± 10 , chủ yếu ở nhóm ≥ 60 tuổi (62,5%), nam giới chiếm đa số (80%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ UTBMKM và các nghiên cứu trước đây. Tỷ lệ hút thuốc lá trong nghiên cứu là 75%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nazari và cộng sự (71%) [7]. Tỷ lệ bệnh nhân có BMI thừa cân/béo phì trước điều trị là 42,5% và suy dinh dưỡng là 32,5%, tương tự một số nghiên cứu quốc tế về ung thư đầu cổ.

Tỷ lệ sụt cân sau hóa xạ trị là 57,5%, với mức giảm trung bình 4 kg (khoảng 6-7% trọng lượng cơ thể), nằm trong khoảng 40-80% như các nghiên cứu quốc tế đã báo cáo [7], [8], [10]. Các tác dụng phụ phổ biến bao gồm viêm niêm mạc (100%), đau (90%), mệt mỏi (75%), khô miệng (72,5%), nuốt khó (60%), tương tự các nghiên cứu trước đây.

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sụt cân

BMI trước điều trị có ảnh hưởng rõ rệt đến nguy cơ sụt cân. Bệnh nhân có BMI $\geq 23\text{kg/m}^2$ mang nguy cơ sụt cân cao gấp khoảng 5 lần nhóm thể trạng gầy, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Ottosson và cộng sự [6]; nhưng trái ngược với nghiên cứu của Nazari [7], do khác biệt trong tiêu chuẩn phân loại BMI và đặc điểm quần thể nghiên cứu. Các yếu tố nhân khẩu học như tuổi, giới tính, hút thuốc lá hay bệnh lý răng miệng không cho thấy mối liên quan rõ rệt với sụt cân. Điều này có thể do tác động mạnh của hóa xạ trị và giai đoạn bệnh lấn át các yếu tố nền.

Giai đoạn bệnh (III-IV) làm tăng nguy cơ sụt cân khoảng 7 lần so với giai đoạn sớm (I-II), phù hợp với hiểu biết rằng, giai đoạn muộn đi kèm với khối u lớn, đau, khó nuốt và suy dinh dưỡng. Kết quả này tương đồng với các hướng dẫn dinh dưỡng quốc tế, nhấn mạnh việc đánh giá và can thiệp dinh dưỡng sớm cho bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn. Nuôi ăn qua sonde dạ dày giảm đáng kể nguy cơ sụt cân (nguy cơ thấp hơn khoảng 4 lần so với không nuôi ăn), phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, khẳng định vai trò quan trọng của hỗ trợ dinh dưỡng chủ động sớm. Các tác dụng phụ như viêm niêm mạc miệng độ nặng (độ III, OR~7 lần), khô miệng (OR~6 lần) và nuốt khó (OR~4 lần) làm tăng rõ rệt nguy cơ sụt cân, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến [8] và các nghiên cứu trước đây. Quản lý tốt các tác dụng phụ này (súc miệng, thuốc giảm đau, hỗ trợ dinh dưỡng tích cực) có thể hạn chế được mức độ sụt cân.

Nhìn chung, các phát hiện trên có ý nghĩa thực tiễn cao, giúp xác định bệnh nhân nguy cơ cao, từ đó đưa ra chiến lược can thiệp dinh dưỡng chủ động, kiểm soát triệu chứng và giảm thiểu sụt cân trong quá trình điều trị ung thư khoang miệng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 40 bệnh nhân UTBMKM điều trị hóa xạ trị đồng thời cho thấy: tỷ lệ sụt cân sau điều trị cao (57,5%), với mức sụt cân trung bình khoảng 4 kg (dao động từ 1–7 kg); đây là vấn đề phổ biến cần được quan tâm đặc biệt. Các yếu tố nguy cơ chính liên quan đến sụt cân gồm: giai đoạn bệnh muộn (III–IV), BMI ban đầu cao ($\geq 23\text{kg/m}^2$) và không được nuôi ăn qua sonde dạ dày hỗ trợ. Các yếu tố nhân khẩu học như tuổi, giới tính không ảnh hưởng đáng kể trong bối cảnh điều trị tích cực. Các tác dụng phụ của hóa xạ trị như viêm niêm mạc miệng mức độ nặng, khô miệng và nuốt khó có mối liên quan rõ rệt đến tình trạng sụt cân do ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng ăn uống của bệnh nhân.

Khuyến nghị: Cần theo dõi sát cân nặng của bệnh nhân UTBMKM trong điều trị hóa xạ trị, chủ động can thiệp dinh dưỡng sớm (nuôi ăn qua sonde, tư vấn chế độ ăn giàu đạm, năng lượng), đồng thời kiểm soát tích cực các tác dụng phụ (viêm niêm mạc miệng, khô miệng, nuốt khó). Quản lý toàn diện này sẽ giúp duy trì cân nặng, hoàn thành điều trị và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. I. Panarese et al., "Oral and Oropharyngeal squamous cell carcinoma: prognostic and predictive parameters in the etiopathogenetic route," Expert Rev Anticancer Ther, vol. 19, no. 2, pp. 105–119, Feb. 2019, doi: 10.1080/14737140.2019.1561288.
2. H. Sung et al., "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries," CA

- Cancer J Clin, vol. 71, no. 3, pp. 209–249, May 2021, doi: 10.3322/caac.21660.
3. **F. Bray** et al., “Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries,” CA: A Cancer Journal for Clinicians, vol. 74, no. 3, pp. 229–263, 2024, doi: 10.3322/caac.21834.
 4. **J. M. Price** et al., “Pretreatment Lymphocyte Count Predicts Benefit From Concurrent Chemotherapy With Radiotherapy in Oropharyngeal Cancer,” J Clin Oncol, vol. 40, no. 20, pp. 2203–2212, Jul. 2022, doi: 10.1200/JCO.21.01991.
 5. **T. Cederholm** et al., “GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community,” Clin Nutr, vol. 38, no. 1, pp. 1–9, Feb. 2019, doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.002.
 6. **S. Ottosson, B. Zackrisson, E. Kjellén, P. Nilsson, and G. Laurell**, “Weight loss in patients with head and neck cancer during and after conventional and accelerated radiotherapy,” Acta Oncol, vol. 52, no. 4, pp. 711–718, May 2013, doi: 10.3109/0284186X.2012.731524.
 7. **V. Nazari, A. S. Pashaki, and E. Hasanzadeh**, “The reliable predictors of severe weight loss during the radiotherapy of Head and Neck Cancer,” Cancer Treat Res Commun, vol. 26, p. 100281, 2021, doi: 10.1016/j.ctarc.2020.100281.
 8. **Nguyễn Thị Hải Yến**, “Đánh giá tình trạng sút cân trên bệnh nhân điều trị ung thư đầu cổ tại Bệnh viện K,” National Cancer Institute, vol. X1, no. 2, 2021.
 9. **A. S. Redwan** et al., “Predictive Factors for Critical Weight Loss in Saudi Head and Neck Cancer Patients Undergoing (Chemo)Radiotherapy,” Cancers (Basel), vol. 16, no. 2, p. 414, Jan. 2024, doi: 10.3390/cancers16020414.
 10. **B. Vangelov, R. L. Venchiarutti, and R. I. Smee**, “Critical Weight Loss in Patients With Oropharynx Cancer During Radiotherapy ($\pm$ Chemotherapy),” Nutr Cancer, vol. 69, no. 8, pp. 1211–1218, 2017, doi: 10.1080/01635581.2017.1367943.

SUMMARY

WEIGHT LOSS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA UNDERGOING CONCURRENT CHEMORADIO THERAPY AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

This study was conducted on 40 patients with oral squamous cell carcinoma receiving concurrent chemoradiotherapy. The findings revealed that 57.5% of patients experienced weight loss, with an average weight reduction of 4 ± 1.5 kg. The prevalence of weight loss was notably higher among patients aged ≥ 60 years (64%), female patients (62.5%), and particularly those with a pre-treatment BMI ≥ 23 kg/m² (82.4%). Additionally, patients with periodontitis (83.3%), those at stage III–IV of the disease (67.7%), and patients who did not receive enteral feeding via feeding tube (72.7%) exhibited higher rates of weight loss. Treatment-related toxicities contributing to increased weight loss included grade III oral mucositis (76.9%), dysphagia (70.8%), xerostomia (69%), nausea/vomiting (76.9%), trismus (80%), fatigue (60%), anorexia (60%), and gastrointestinal disorders (53.8%).

Keywords: weightloss, oral squamous cell carcinoma, concurrent chemoradiotherapy.