THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Hồng Tiến[1,2]
Phạm Thị Thu Phương[2]
Hoàng Việt Bách[1,2]
Đặng Bảo Ngọc[1]
Lê Trần Mai Anh[1]
Trần Thị Thủy[1]
Nguyễn Thị Dung[1,2]
Lê Thị Hương[1,2]

[1] *Khoa Dinh dưỡng lâm sàng, Bệnh viện K*

[2] *Viện Đào tạo Y học dự phòng & Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

Tác giả chịu trách nhiệm
Nguyễn Thị Hồng Tiến
Bệnh viện K cơ sở chính
Email: hongtien95.dd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/08/2026
Ngày phản biện: 05/10/2026
Ngày đồng ý đăng: 20/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khẩu phần ăn so với nhu cầu khuyến nghị, đồng thời khảo sát tần suất tiêu thụ thực phẩm của người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 146 người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất tại khoa Nội 5, Nội 6 Bệnh viện K từ tháng 04/2025 đến tháng 08/2025.

Kết quả: Mức năng lượng cung cấp trung bình đạt 1.378,4 ± 424,7 kcal, có 34,3% đối tượng nghiên cứu đáp ứng đủ năng lượng khuyến nghị. Lượng protein trung bình tiêu thụ hàng ngày là 57,9±22,4 g/ngày. Hàm lượng vitamin D và canxi ăn vào đạt lần lượt 18,7% và 54,6% so với mức khuyến nghị. Năng lượng, protein và carbohydrate khẩu phần khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm phân loại PG-SGA ($p < 0,05$); năng lượng và protein trung bình giảm dần từ nhóm PG-SGA A đến nhóm PG-SGA C. Phần lớn người bệnh có chế độ ăn tương đối đa dạng; tuy nhiên, một tỷ lệ đáng kể không sử dụng đậu nành và các chế phẩm từ đậu nành.

Kết luận: Khẩu phần ăn của người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất phần lớn chưa đáp ứng đầy đủ và cân đối theo khuyến nghị dinh dưỡng. Việc không sử dụng một số thực phẩm, đặc biệt là các sản phẩm từ đậu nành, trong thời gian nghiên cứu vẫn còn phổ biến.

Từ khóa: *thực trạng nuôi dưỡng, tần suất tiêu thụ thực phẩm, ung thư vú, dinh dưỡng, hóa trị*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2024 trên thế giới có 20,6 triệu ca mắc ung thư mới và 9,8 triệu ca tử vong do ung thư, trong đó ung thư vú có tỷ lệ mắc mới cao đứng thứ 2 chiếm 11,8% với khoảng hơn 2,4 triệu ca và 693.660 ca tử vong [1]. Tại Việt Nam, ung thư vú có tỷ lệ mắc mới cao nhất chiếm 14,5% với 25.711 ca và tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 4 với 10.609 ca [1].

Chế độ ăn đầy đủ đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ người bệnh ung thư vú vượt qua gánh nặng thể chất khi hóa trị. Các nghiên cứu tại Việt Nam trên quần thể người bệnh ung thư ghi nhận một tỷ lệ đáng kể người bệnh

không đáp ứng được khuyến nghị về năng lượng và protein trong thời gian điều trị [2,3]. Đặc biệt, hóa trị thường gây ra các triệu chứng không mong muốn như chán ăn, nôn, buồn nôn và mệt mỏi, từ đó làm giảm lượng thức ăn tiêu thụ, làm trầm trọng thêm tình trạng dinh dưỡng [4]. Bên cạnh việc đảm bảo tổng lượng dinh dưỡng, các hướng dẫn chế độ ăn phù hợp, cân đối giữa các chất sinh năng lượng và các vi chất quan trọng như canxi và vitamin D, cũng rất cần thiết do vai trò của chúng trong việc duy trì sức khỏe xương trước những thay đổi nội tiết liên quan đến hóa trị [5]. Tình trạng thiếu hụt ở các chất đa lượng và vi chất dinh dưỡng, cùng tồn tại với tỷ lệ thừa cân cao, cũng đã được ghi nhận ở phụ nữ ung thư vú đang điều trị hóa chất tại Brazil [6].

Đánh giá thực trạng nuôi dưỡng và thói quen ăn uống của người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất là cần thiết nhằm xác định các vấn đề dinh dưỡng và xây dựng các biện pháp can thiệp phù hợp. Những bằng chứng thu được từ nghiên cứu có thể hỗ trợ nhân viên y tế trong việc tư vấn dinh dưỡng kịp thời và xây dựng chế độ ăn cá thể hóa cho người bệnh, từ đó góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng, kết quả điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống. Mặc dù vai trò của dinh dưỡng trong việc chăm sóc sức khỏe người bệnh ung thư ngày càng được ghi nhận, các dữ liệu về khẩu phần ăn và thói quen tiêu thụ thực phẩm của người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất vẫn còn hạn chế, đặc biệt tại Việt Nam. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá khẩu phần ăn của người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện K và mô tả tần suất tiêu thụ thực phẩm của người bệnh ung thư vú đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Nội 5, Nội 6 Bệnh viện K từ tháng 04/2025 đến tháng 08/2025

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: người bệnh ung thư vú trên 18 tuổi, đã phẫu thuật cắt tuyến vú và đang điều trị hóa chất; người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh mắc các bệnh mạn tính kèm theo như: đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận mạn.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính 1 tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p\,(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu cần nghiên cứu, α: mức ý nghĩa thống kê, lấy α = 0,05 ứng với độ tin cậy 95%, khi đó: Z(1-α/2) = 1,96, p = 0,38 (tỷ lệ thừa cân/béo phì ở người bệnh ung thư vú tại Bệnh viện K theo nghiên cứu của Hoàng Hà Linh [7]), *d*: sai số mong muốn cho phép (d = 0,08).

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là 142. Cỡ mẫu thực tế thu được là 146.

Cách chọn mẫu: Chọn thuận tiện tất cả các người bệnh đã được chẩn đoán mắc ung thư vú được điều trị hóa chất tại khoa Nội 5, Nội 6 bệnh viện K đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu cho tới khi đủ cỡ mẫu.

2.5. Biến số/chỉ số nghiên cứu: Tình trạng dinh dưỡng: cân nặng, chiều cao, BMI, vòng eo, vòng mông, bộ công cụ PG-SGA. Thực trạng nuôi dưỡng: khẩu phần 24h bao gồm năng lượng, protein, lipid, carbohydrate, vitamin, vi chất. Thói quen ăn uống: tần suất tiêu thụ thực phẩm.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá qua BMI, tính theo công thức BMI = cân nặng/(chiều cao)^2, phân loại như sau: thiếu năng lượng trường diễn, BMI <18,5 kg/m^2; bình thường, BMI 18,5–24,9 kg/m^2; thừa cân/béo phì, BMI ≥25 kg/m^2. Theo PG-SGA: PG-SGA A; PG-SGA B; PG-SGA C.

Theo báo cáo của Hội đồng chuyên gia WHO, vòng eo được phân loại: bình thường (<80 cm), nguy cơ tăng vừa (80–87,9 cm), hoặc nguy cơ tăng đáng kể (≥88 cm) ở nữ giới. Tỷ số vòng eo/vòng mông (WHR) >0,85 cho thấy tăng nguy cơ bệnh chuyển hóa và tim mạch.

Khẩu phần ăn được đánh giá bằng phương pháp hỏi ghi khẩu phần 24 giờ (24HDR) được hỏi một lần vào ngày khảo sát, khẩu phần tính từ thời điểm hỏi lùi về 24h trước, khẩu phần được quy đổi dựa theo Quyển ảnh dùng trong điều tra khẩu phần của Viện Dinh dưỡng. Khẩu phần thường xuyên được đánh giá thêm bằng bộ câu hỏi FFQ, thời gian tham chiếu của bộ FFQ được tính từ thời điểm hỏi trở về trước.

Khẩu phần ăn được so sánh với Nhu cầu Dinh dưỡng Khuyến nghị (RNI) dành cho người bệnh nội trú theo Hướng dẫn Điều trị Dinh dưỡng Lâm sàng của Bộ Y tế Việt Nam; tỷ lệ năng lượng khuyến nghị từ protein, lipid và carbohydrate là 20:20:60.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và làm sạch bằng phần mềm EpiData 3.1. Phân tích thống kê bằng phần mềm STATA 14.0. Với các biến không tuân theo phân phối chuẩn, kiểm định Kruskal-Wallis. Phân tích phương sai một yếu tố (ANOVA) được sử dụng để so sánh các biến liên tục giữa ba nhóm. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện K, Hà Nội, Việt Nam, phê duyệt theo Quyết định số 1400/BVK-HĐĐĐ, ngày 28/4/2025 và được công nhận kết quả nghiệm thu theo Quyết định số 3168/QĐ-BVK ngày 10/12/2025 về việc công nhận kết quả đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở năm 2025 của Bệnh viện K. Tất cả đối tượng trước khi tham gia được giải thích đầy đủ về mục tiêu, quy trình và các lợi ích/rủi ro tiềm ẩn của nghiên cứu và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu (n=146)

Tình trạng dinh dưỡng		n	%
Phân loại BMI (kg/m^2)	Thiếu năng lượng trường diễn (<18,5)	8	5,5
	Bình thường (18,5–24,9)	116	79,5
	Thừa cân/béo phì (≥25,0)	22	15,1
Vòng eo	Bình thường	100	68,5
	Nguy cơ tăng vừa	36	24,7
	Nguy cơ tăng đáng kể	10	6,8
Tỷ số vòng eo/vòng mông	Bình thường	63	43,2
	Cao	83	56,8
Phân loại PG-SGA	Dinh dưỡng tốt (PG-SGA A)	103	70,5
	Suy dinh dưỡng vừa (PG-SGA B)	40	27,4
	Suy dinh dưỡng nặng (PG-SGA C)	3	2,1

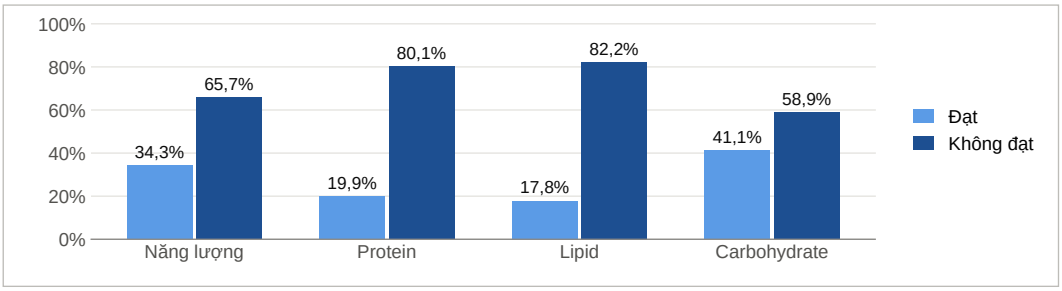
Kết quả cho thấy phần lớn đối tượng có BMI bình thường (79,5%), trong khi tỷ lệ thừa cân/béo phì và thiếu năng lượng trường diễn lần lượt là 15,1% và 5,5%. Theo phân loại vòng eo của WHO, 24,7% đối tượng có nguy cơ béo bụng trung tâm tăng vừa và 6,8% có nguy cơ tăng đáng kể. Hơn một nửa số đối tượng (56,8%) có tỷ số vòng eo/vòng mông tăng. Theo phân loại PG-SGA, 70,5% đối tượng được xếp loại PG-SGA A, 27,4% PG-SGA B, và 2,1% PG-SGA C.

Bảng 2. Mức đáp ứng khẩu phần dinh dưỡng so với nhu cầu khuyến nghị (n=146)

Chất dinh dưỡng	Khẩu phần TB ± SD	RNI	% RNI
Năng lượng (kcal/ngày)	1.378,4±424,7	1.519,7±103,3	90,7
Protein (g)	57,9±22,4	75,9±5,2	76,3
Lipid (g)	26,5±11,8	33,8±2,3	78,4
Carbohydrate (g)	226,9±80,5	228,0±15,5	99,5
Chất xơ (g)	9,9±9,2	21–25	39,6–47,1
Vitamin A (µg)	466,8±391,2	700	66,7
Vitamin D (µg)	2,8±7,2	15	18,7
Vitamin B1 (mg)	1,3±0,8	1,1	118,2
Vitamin B2 (mg)	0,7±0,3	0,4	175,0
Vitamin B3 (mg)	14,8±8,2	14,0	105,7
Canxi (mg)	437,1±331,9	800	54,6
Sắt (mg)	11,0±5,0	17,4–26,1	42,1–63,2
Kẽm (mg)	9,4±5,0	8,0	117,5
Tỷ lệ Protein:Lipid:Carbohydrate	16,8:17,3:65,9	20:20:60	—
Tỷ lệ Canxi:Phospho	0,5	1,0–1,5	—

RNI: nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị

Năng lượng khẩu phần trung bình là 1.378,4±424,7 kcal, đạt 90,7% RNI. Khẩu phần protein, lipid và carbohydrate đạt lần lượt 76,3%, 78,4% và 99,5% nhu cầu khuyến nghị. Khẩu phần chất xơ trung bình thấp so với khuyến nghị, đạt 9,9±9,2 g/ngày (39,6–47,1% RNI). Khẩu phần vitamin B1, B2, B3 nhìn chung đạt hoặc vượt mức khuyến nghị, trong khi khẩu phần vitamin A, D không đạt. Trong nhóm khoáng chất, khẩu phần kẽm vượt mức khuyến nghị, trong khi khẩu phần canxi, sắt không đạt.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đạt nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị (n=146)

Chỉ 34,3% đạt khuyến nghị năng lượng, lần lượt 19,9%, 17,8% và 41,1% đạt khuyến nghị protein, lipid và carbohydrate. Tương ứng, tỷ lệ đối tượng có khẩu phần không đạt là 65,7%, 80,1%, 82,2% và 58,9% cho năng lượng, protein, lipid và carbohydrate (Biểu đồ 1).

Bảng 3. Mối liên quan giữa khẩu phần dinh dưỡng và tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA (n=146)

	PG-SGA A	PG-SGA B	PG-SGA C	p
Năng lượng (kcal/24h)	1.442,4±424,1	1.227,1±366,7	1.196,8±751,0	0,020[a]
Protein (g)	60,6±22,5	52,3±20,6	38,7±26,1	0,030[b]
Lipid (g)	27,1±10,8	25,1±13,3	26,0±24,3	0,060[b]
Carbohydrate (g)	238,8±84,1	197,0±60,7	202,9±80,5	0,040[b]
Chất xơ (g)	10,2±9,4	9,5±8,8	4,5±3,4	0,300[b]

Số liệu trình bày dạng trung bình ± SD. [a]ANOVA test. [b]Kruskal-Wallis test.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về năng lượng, protein và carbohydrate tiêu thụ trong 24 giờ giữa ba nhóm phân loại tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA ($p < 0,05$); năng lượng và protein tiêu thụ trung bình có xu hướng giảm dần từ nhóm PG-SGA A đến nhóm PG-SGA C. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lượng lipid và chất xơ tiêu thụ giữa ba nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 4. Tần suất tiêu thụ thực phẩm của đối tượng nghiên cứu (n=146)

Nhóm thực phẩm	Hàng ngày	4–6 lần/tuần	1–3 lần/ tuần	Hàng tháng/ Theo mùa	Không bao giờ
Cơm	146 (100,0%)	0	0	0	0
Thịt và sản phẩm từ thịt	41 (28,1%)	90 (61,6%)	14 (9,6%)	1 (0,7%)	0
Cá và sản phẩm từ cá	9 (6,2%)	31 (21,2%)	96 (65,8%)	9 (6,2%)	1 (0,7%)
Trứng và sản phẩm từ trứng	4 (2,7%)	17 (11,6%)	110 (75,3%)	12 (8,2%)	3 (2,1%)
Đậu nành và sản phẩm từ đậu nành	1 (0,7%)	0	48 (32,9%)	35 (24,0%)	62 (42,5%)
Thịt đỏ	10 (6,8%)	74 (50,7%)	46 (31,5%)	11 (7,5%)	5 (3,4%)
Rau lá xanh	146 (100,0%)	0	0	0	0
Rau khác	146 (100,0%)	0	0	0	0
Trái cây tươi	141 (96,6%)	3 (2,1%)	0	0	2 (1,4%)
Nội tạng động vật	0	0	4 (2,7%)	30 (20,5%)	112 (76,7%)
Sữa và sản phẩm từ sữa	32 (21,9%)	14 (9,6%)	30 (20,5%)	17 (11,6%)	53 (36,3%)
Đồ uống có cồn	0	0	0	1 (0,7%)	145 (99,3%)
Bánh kẹo	1 (0,7%)	0	12 (8,2%)	37 (25,3%)	96 (65,8%)
Đồ uống có đường/có ga	0	0	2 (1,4%)	4 (2,7%)	140 (95,9%)
Đồ hộp và thức ăn nhanh	0	0	13 (8,9%)	33 (22,6%)	100 (68,5%)

Toàn bộ đối tượng (100%) tiêu thụ cơm và rau hàng ngày, 96,6% tiêu thụ trái cây hàng ngày. Thịt được tiêu thụ hàng ngày bởi 28,1% đối tượng và 4–6 lần/tuần bởi 61,6%, không có đối tượng nào không sử dụng hoàn toàn. Cá được tiêu thụ ít thường xuyên hơn, với 65,8% đối tượng chỉ tiêu thụ 1–3 lần/tuần. Trứng chủ yếu được tiêu thụ 1–3 lần/tuần (75,3%). Đậu nành là nhóm thực phẩm ít được tiêu thụ nhất, với 42,5% đối tượng không tiêu thụ hoàn toàn. 36,3% không tiêu thụ sữa và các chế phẩm từ sữa. Nội tạng động vật, đồ uống có cồn, bánh kẹo, đồ uống có đường và thực phẩm đóng hộp/thức ăn nhanh ít được tiêu thụ.

4. BÀN LUẬN

Phần lớn đối tượng nghiên cứu có BMI bình thường (79,5%), 15,1% thừa cân/béo phì; tình trạng béo bụng trung tâm tăng ở hơn 30% đối tượng, và 56,8% có tỷ số vòng eo/vòng mông tăng, cho thấy thừa cân và béo phì vẫn là mối quan tâm dinh dưỡng quan trọng ở bệnh nhân ung thư vú đang hóa trị. Đồng thời, gần một phần ba số bệnh nhân được phân loại suy dinh dưỡng theo PG-SGA, cho thấy cả tình trạng thừa dinh dưỡng và suy dinh dưỡng cùng tồn tại trong quá trình hóa trị. Tỷ lệ thừa cân/béo phì trong nghiên cứu này thấp hơn so với bệnh nhân ung thư vú tại Malaysia [8] và Hy Lạp [9] (lần lượt 30,7% tiền béo phì và 20,9% béo phì; 74% thừa cân/béo phì), và thấp hơn một nghiên cứu Việt Nam trước đó (38%) [7]; tỷ lệ béo bụng trung tâm theo vòng eo (31,5%) thấp hơn, còn tỷ lệ WHR cao (56,8%) cao hơn so với một nghiên cứu khác tại Việt Nam (phân bố mỡ trung tâm mức vừa và cao lần lượt 41,6% và 4,9%; WHR cao 47,2%) [10]. Sự khác biệt này có thể phần nào phản ánh tỷ lệ béo phì thấp hơn của quần thể Việt Nam so với phương Tây. Tuy nhiên, tình trạng thừa cân và béo phì ở bệnh nhân ung thư vú đang hóa trị vẫn có thể do nhiều yếu tố: phụ nữ trung niên dễ tích lũy mỡ, thay đổi chuyển hóa do hóa trị, giữ nước, ăn nhiều do lo âu, giảm hoạt động thể lực do mệt mỏi [11]. Tăng cân không kiểm soát, cùng với stress và rối loạn giấc ngủ, có liên quan đến kết quả điều trị và tiên lượng xấu hơn [12].

Năng lượng khẩu phần trung bình hàng ngày là 1.378,4 ± 424,7 kcal/ngày, đạt 90,7% RNI, nhưng chỉ 34,3% đối tượng đạt khuyến nghị. Con số này thấp hơn mức 1.532,7 ± 306,6 kcal được ghi nhận ở bệnh nhân ung thư vú tại Bệnh viện Quân y 103 [2], nhưng cao hơn khẩu phần ghi nhận ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa [3] và ung thư phụ khoa [13]. Các tác dụng phụ liên quan đến hóa trị như chán ăn, buồn nôn và mệt mỏi có thể làm giảm khẩu phần ăn mặc dù nhu cầu năng lượng tăng lên, tình trạng thiếu hụt năng lượng kéo dài có thể làm trầm trọng thêm tình trạng sụt cân và mất khối cơ.

Khẩu phần protein đạt 76,3% RNI (57,9 ± 22,4 g/ngày, chỉ 19,9% đạt khuyến nghị) thấp hơn so với báo cáo ở ung thư phụ khoa [13] và tại Bệnh viện Quân y 103 [2]; dù thịt và thịt đỏ được tiêu thụ thường xuyên, khẩu phần ăn có thể không đáp ứng đủ nhu cầu protein tăng cao do hóa trị. Khẩu phần lipid đạt 78,4% RNI (17,8% đạt khuyến nghị), có thể hạn chế hấp thu các vitamin tan trong dầu như vitamin D. Carbohydrate là chất dinh dưỡng đa lượng đạt mức cao nhất (99,5% RNI), phản ánh vai trò trung tâm của cơm trong chế độ ăn của người Việt. Tuy nhiên, sự phụ thuộc này đã làm lệch tỷ lệ phân bố (protein:lipid:carbohydrate, 16,8:17,3:65,9) so với tỷ lệ khuyến nghị 20:20:60, tương tự được ghi nhận ở ung thư phụ khoa [13], cho thấy chế độ ăn thiên nhiều về carbohydrate, ít protein và lipid khá phổ biến. Chất xơ tiêu thụ thấp hơn khuyến nghị rõ rệt (39,6–47,1% RNI, 9,9 ± 9,2 g/ngày) dù rau và trái cây được tiêu thụ hàng ngày,

gợi ý rằng số lượng hoặc sự đa dạng, chứ không phải tần suất, mới là yếu tố hạn chế, hoặc cũng có thể do người bệnh chủ động hạn chế thực phẩm nhiều chất xơ khi gặp triệu chứng tiêu hóa liên quan đến hóa trị. Năng lượng, protein và carbohydrate khẩu phần khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm phân loại PG-SGA ($p < 0,05$), trong đó năng lượng và protein trung bình giảm dần từ nhóm PG-SGA A đến nhóm PG-SGA C, gợi ý khẩu phần có liên quan với tình trạng dinh dưỡng.

Mức độ đáp ứng vi chất dinh dưỡng có xu hướng hỗn hợp: khẩu phần vitamin B1, B2, B3, cùng với kẽm, nhìn chung đạt hoặc vượt RNI, trong khi vitamin A và sắt đều không đạt. Canxi và vitamin D có mức tiêu thụ thấp nhất so với khuyến nghị (54,6% và 18,7% RNI), tương tự phát hiện của Nguyễn Thị Thu Liễu [13]. Điều này có thể được lý giải bởi hạn chế tiêu thụ sữa (36,3% không dùng) - nguồn cung cấp canxi chính, tiêu thụ cá không thường xuyên (65,8% chỉ ăn 1–3 lần/tuần), một nguồn cung cấp vitamin D quan trọng. Tỷ lệ canxi:phospho trong khẩu phần (0,5, thấp hơn mức khuyến nghị 1,0–1,5) tương đồng với một nghiên cứu Việt Nam trước đó [3], cho thấy mô hình khẩu phần giàu phospho, nghèo canxi khá phổ biến ở quần thể này. Mức tiêu thụ thấp so với khuyến nghị vitamin D và canxi đặc biệt đáng lo ngại về mặt lâm sàng ở bệnh nhân ung thư vú vì suy buồng trứng do hóa trị dẫn đến mãn kinh sớm và đẩy nhanh quá trình hủy xương; một nghiên cứu trên phụ nữ mãn kinh mắc ung thư vú điều trị bằng thuốc ức chế aromatase cũng ghi nhận tỷ lệ thiếu vitamin D cao (88,1%) cùng với khẩu phần canxi thấp, và cho thấy tình trạng vitamin D tốt hơn có liên quan đến giảm mất mật độ xương [14], ủng hộ theo dõi và bổ sung theo hướng dẫn hiện có [15]. Khảo sát tần suất tiêu thụ thực phẩm phần nào giải thích các phát hiện trên. Đậu nành ít được sử dụng (42,5% không tiêu thụ) trong thời gian khảo sát; hiện chưa có bằng chứng khoa học ủng hộ rằng đậu nành thúc đẩy sự phát triển của khối u [16]; việc ít sử dụng đậu nành có thể làm giảm nguồn protein thực vật trong khẩu phần. Thịt và thịt đỏ được tiêu thụ thường xuyên, khuyến nghị hạn chế tiêu thụ thịt đỏ không quá ba khẩu phần mỗi tuần và giảm thiểu tiêu thụ thịt chế biến sẵn [17]. Do đó, tư vấn dinh dưỡng nên giải quyết vấn đề này và khuyến khích chế độ ăn đa dạng, cân bằng, bao gồm các nguồn protein động vật, thực vật phù hợp.

Nhìn chung, mức tiêu thụ thấp so với khuyến nghị của nhiều chất dinh dưỡng đa lượng và vi chất ở quần thể này có thể liên quan đến sự mất cân đối trong khẩu phần, không chỉ do tổng lượng ăn vào thấp. Những phát hiện này gợi ý cần đánh giá khẩu phần ăn thường xuyên trong suốt quá trình hóa trị, thay vì chỉ dựa vào các chỉ số nhân trắc học. Tư vấn dinh dưỡng nên khuyến khích tăng tiêu thụ các thực phẩm giàu canxi và vitamin D (như sữa, cá), giải quyết các vấn đề liên quan đến việc sử dụng đậu nành, nhấn mạnh sự đa dạng và chất lượng thực phẩm, thay vì chỉ tập trung vào việc tăng tổng năng lượng hoặc protein.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, một trung tâm có thể gây thiên lệch chọn mẫu; việc loại trừ người bệnh có bệnh mạn tính kèm theo (đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận mạn) làm giảm tính đại diện của mẫu. Khẩu phần ăn chỉ được đánh giá tại một thời điểm trong quá trình hóa trị, chưa đánh giá được sự thay đổi trong suốt quá trình điều trị, dễ gặp sai số nhớ lại và biến thiên theo chu kỳ hóa trị/mùa. PG-SGA có thành phần đánh giá lượng ăn vào, nên mối liên quan giữa khẩu phần 24 giờ và phân loại PG-SGA có thể bị chồng lấp về đo lường. Các nghiên

cứu trong tương lai nên áp dụng hỏi ghi khẩu phần 24 giờ tại nhiều thời điểm và có đánh giá can thiệp thực tế.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 146 bệnh nhân ung thư vú đang hóa trị tại Bệnh viện K, cho thấy khẩu phần dinh dưỡng, khẩu phần trung bình năng lượng, protein, lipid và carbohydrate đều đạt trên 75% RNI; tuy nhiên tỷ lệ phân bố các chất sinh năng lượng (protein, lipid, carbohydrate) chưa phù hợp với hướng dẫn dinh dưỡng khuyến nghị. Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về năng lượng, protein và carbohydrate tiêu thụ trong 24 giờ giữa ba nhóm phân loại tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA ($p < 0,05$); năng lượng và protein tiêu thụ trung bình có xu hướng giảm dần từ nhóm PG-SGA A đến nhóm PG-SGA C. Về tần suất tiêu thụ thực phẩm, phần lớn đối tượng tiêu thụ chế độ ăn tương đối đa dạng; tuy nhiên, việc không sử dụng một số thực phẩm nhất định (đậu nành và các chế phẩm từ đậu nành) trong thời gian nghiên cứu vẫn còn phổ biến, cho thấy sự cần thiết của tư vấn dinh dưỡng trong suốt quá trình điều trị ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Filho AM, Laversanne M, et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. *CA Cancer J Clin.* 2026;76(4):e70090. doi:10.3322/caac.70090
2. Phạm Đức Minh, Tạ Việt Hà. Một số yếu tố liên quan đến năng lượng khẩu phần ăn của người bệnh ung thư tại Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;503(1):168-171. doi:10.51298/vmj.v503i1.718
3. Phan Thị Bích Hạnh, Lê Thị Hương, Nguyễn Thùy Linh, Vũ Thành Chung, Nguyễn Thị Trang. Thực trạng khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2017;13(4):93-98.
4. de Vries YC, van den Berg MMGA, de Vries JHM, et al. Differences in dietary intake during chemotherapy in breast cancer patients compared to women without cancer. *Support Care Cancer.* 2017;25(8):2581-2591. doi:10.1007/s00520-017-3668-x
5. Limon-Miro AT, Lopez-Teros V, Astiazaran-Garcia H. Dietary guidelines for breast cancer patients: a critical review. *Adv Nutr.* 2017;8(4):613-623. doi:10.3945/an.116.014423
6. Ferreira IB, Marinho E da C, Custódio IDD, et al. Food intake and the nutritional status of women undergoing chemotherapy. *Cien Saude Colet*. 2016;21(7):2209-2218. doi:10.1590/1413-81232015217.05412015
7. Hoang Ha Linh, Le Xuan Hung, Pham Quang Thai, et al. Nutritional status of breast cancer patients and the related factors at Vietnam National Cancer Hospital in 2019-2020. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2020;30(4):42-51. doi:10.51403/0868-2836/2020/249
8. Lu Shin KN, Mun CY, Shariff ZM. Nutrition indicators, physical function, and health-related quality of life in breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2020;21(7):1939-1950. doi:10.31557/APJCP.2020.21.7.1939
9. Mantzorou M, Tolia M, Poultsidi A, et al. Adherence to Mediterranean diet and nutritional status in women with breast

cancer: what is their impact on disease progression and recurrence-free patients' survival? *Curr Oncol.* 2022;29(10):7482-7497. doi:10.3390/curroncol29100589

10. Nguyễn Minh Diệu, Nguyễn Minh Anh, Ninh Thị Oanh, Phùng Thị Lê Phương, Lê Thị Hương, Hoàng Việt Bách. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư vú điều trị hoá chất tại Bệnh viện K năm 2024-2025. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2025;21(5):48-55. doi:10.56283/1859-0381/947
11. Vance V, Mourtzakis M, McCargar L, Hanning R. Weight gain in breast cancer survivors: prevalence, pattern and health consequences. *Obes Rev*. 2011;12(4):282-294. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00805.x
12. Kodoth V, Scaccia S, Aggarwal B. Adverse changes in body composition during the menopausal transition and relation to cardiovascular risk: a contemporary review. *Womens Health Rep (New Rochelle*). 2022;3(1):573-581. doi:10.1089/whr.2021.0119
13. Nguyễn Thị Thu Liễu, Nguyễn Thị Vân Anh, Lê Thị Hương, Đỗ Nam Khánh. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của bệnh nhân ung thư có điều trị bằng hóa chất tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2019-2020. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2020;16(6):36-46.
14. Nogues X, Servitja S, Peña MJ, et al. Vitamin D deficiency and bone mineral density in postmenopausal women receiving aromatase inhibitors for early breast cancer. *Maturitas*. 2010;66(3):291-297. doi:10.1016/j.maturitas.2010.03.012
15. Shapiro CL, Van Poznak C, Lacchetti C, et al. Management of osteoporosis in survivors of adult cancers with nonmetastatic disease: ASCO clinical practice guideline. *J Clin Oncol*. 2019;37(31):2916-2946. doi:10.1200/JCO.19.01696
16. Fritz H, Seely D, Flower G, et al. Soy, red clover, and isoflavones and breast cancer: a systematic review. *PLoS One*. 2013;8(11):e81968. doi:10.1371/journal.pone.0081968
17. Rock CL, Thomson CA, Sullivan KR, et al. American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. *CA Cancer J Clin*. 2022;72(3):230-262. doi:10.3322/caac.21719

ABSTRACT

DAILY NUTRIENT INTAKE AMONG PATIENTS WITH BREAST CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: This study aimed to evaluate dietary intake in comparison with the recommendations and to assess food consumption frequency among patients with breast cancer receiving chemotherapy.

Subjects and methods: A cross-sectional study was conducted among 146 patients with breast cancer undergoing chemotherapy at the Departments of Breast and Gynecologic Medical Oncology, Vietnam National Cancer Hospital, between April 2025 and August 2025.

Results: The average daily energy intake was 1,378.4±424.7 kcal, with only 34.3% of participants meeting the recommended energy requirements. The total dietary protein intake was 57.9±22.4 g/day. The daily intakes of vitamin D and calcium reached only 18.7% and 54.6% of the recommended nutrient intake (RNI), respectively. Intakes of energy, protein, and carbohydrate differed significantly across the three PG-SGA categories ($p<0.05$), with mean energy and protein intakes decreasing from PG-SGA A to PG-SGA C. Most participants consumed a diverse diet; however, a substantial proportion did not consume soy or soy products.

Conclusion: Dietary intake among patients with breast cancer undergoing chemotherapy was frequently inadequate and imbalanced relative to recommendations, and non-consumption of certain foods, particularly soy products, during the study period remained common.

Keywords: *Dietary intake, food frequency, breast cancer, chemotherapy, nutritional status*