

Nghiên cứu gốc

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Văn Hưng^{1,2,*}, Đỗ Duy Đạt², Phạm Thị Hiền Diệu², Nguyễn Thanh Thuý², Trần Tố Trinh¹

1. Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
2. Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: ThS.BS. Nguyễn Văn Hưng ✉ nvhung@uhsvnu.edu.vn

TÓM TẮT: Mô tả tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tại Bệnh viện Thống Nhất. Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 30 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt dạ dày giai đoạn 01/2021–12/2024, có dữ liệu trước mổ và tái khám sau mổ 3 tháng. Các biến số gồm đặc điểm lâm sàng, loại phẫu thuật, hóa trị bổ trợ, triệu chứng tiêu hóa, khả năng dung nạp ăn uống, sử dụng sản phẩm dinh dưỡng đường uống (ONS), bổ sung vi chất, chỉ số nhân trắc và xét nghiệm sinh hóa. Tình trạng dinh dưỡng được phân loại bằng SGA; khẩu phần ăn được đánh giá dựa trên thông tin khai thác tại tái khám/hồ sơ dinh dưỡng, tập trung vào số bữa ăn, mức dung nạp, sử dụng ONS và mức đáp ứng nhu cầu năng lượng–protein theo ghi nhận lâm sàng. Do thiết kế hồi cứu và cỡ mẫu nhỏ, các so sánh được xem là phân tích thăm dò, nhằm mô tả xu hướng khác biệt giữa các nhóm hơn là suy luận quan hệ nhân quả. Đa số người bệnh là nam, tuổi trung bình gần 60; chẩn đoán chủ yếu là ung thư dạ dày. Sau mổ 3 tháng, người bệnh sụt cân trung bình khoảng 9–10%, BMI giảm, đồng thời albumin và hemoglobin giảm. Khoảng 40% người bệnh có biểu hiện suy dinh dưỡng theo SGA. Triệu chứng tiêu hóa thường gặp gồm chán ăn, buồn nôn/nôn và hội chứng dumping/biểu hiện gợi ý dumping. Suy dinh dưỡng sau phẫu thuật nội soi cắt dạ dày là vấn đề cần được theo dõi chủ động. Cần sàng lọc định kỳ, đánh giá dung nạp ăn uống, chuẩn hóa tư vấn dinh dưỡng, bổ sung vi chất phù hợp và thực hiện nghiên cứu tiền cứu cỡ mẫu lớn hơn để kiểm định các yếu tố liên quan.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi cắt dạ dày; suy dinh dưỡng; thiếu vi chất; tư vấn dinh dưỡng; ung thư dạ dày

ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY AT THONG NHAT HOSPITAL

Nguyen Van Hung, Do Duy Dat, Pham Thi Hien Dieu, Nguyen Thanh Thuy, Tran To Trinh

ABSTRACT: To describe nutritional status and selected related factors in patients after laparoscopic gastrectomy at Thong Nhat Hospital. This retrospective descriptive study included 30 patients who underwent laparoscopic gastrectomy from January 2021 to December 2024 and had available baseline and 3-month postoperative follow-up data. Variables included clinical characteristics, type of surgery, adjuvant chemotherapy, gastrointestinal symptoms, dietary tolerance, oral nutritional supplement (ONS) use, micronutrient supplementation, anthropometric indices, and biochemical parameters. Nutritional status was classified using the Subjective Global Assessment (SGA). Dietary intake was assessed from follow-up records/nutrition notes, focusing on meal frequency, tolerance, ONS use, and clinically recorded achievement of energy–protein intake. Given the retrospective design and small sample size, comparisons were considered exploratory and intended to describe between-group differences rather than infer causality. Most patients were male, with a mean age of nearly 60 years; gastric cancer was the main diagnosis. At 3 months postoperatively, patients had an average weight loss of approximately 9–10%, decreased BMI, and lower albumin and hemoglobin levels. Approximately 40% of patients were classified as malnourished or at risk by SGA. Common gastrointestinal symptoms included anorexia, nausea/vomiting, and dumping syndrome/symptoms suggestive of dumping. Malnutrition after laparoscopic gastrectomy requires proactive monitoring. Periodic screening, assessment of dietary tolerance, standardized nutritional counseling, appropriate micronutrient supplementation, and larger prospective studies are needed to further evaluate associated factors.

Keywords: Laparoscopic gastrectomy; malnutrition; micronutrient deficiency; nutritional counseling; gastric cancer

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày vẫn là một trong những ung thư thường gặp và gây tử vong đáng kể trên toàn cầu, đặc biệt tại châu Á. Phẫu thuật triệt căn tiếp tục là phương pháp điều trị nền tảng đối với các trường hợp còn khả năng phẫu thuật, góp phần cải thiện kiểm soát bệnh và sống còn. [1]

Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày ngày càng được ứng dụng rộng rãi nhờ tính ít xâm lấn và kết cục ngắn hạn thuận lợi. Các thử nghiệm ngẫu nhiên và dữ liệu theo dõi dài hạn cho thấy ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp và tại các trung tâm có kinh nghiệm, phẫu thuật nội soi có thể đạt hiệu quả ung thư tương đương mổ mở. Thử nghiệm CLASS-01 là một bằng chứng quan trọng, ghi nhận kết quả sống còn dài hạn tương tự giữa hai phương pháp trong ung thư dạ dày tiến triển tại chỗ. [2]

Tuy nhiên, cắt dạ dày gây thay đổi lớn về giải phẫu-sinh lý tiêu hóa, làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng và thiếu vi chất sau mổ. Người bệnh có thể giảm lượng ăn vào do nhanh no, chán ăn, buồn nôn/nôn, tiêu chảy hoặc hội chứng dumping; kéo theo sụt cân, giảm BMI, thiếu máu và rối loạn các chỉ số sinh hóa như albumin. Các khuyến cáo dinh dưỡng ung thư của ESPEN nhấn mạnh cần sàng lọc sớm, can thiệp kịp thời và theo dõi liên tục nhằm giảm biến chứng, cải thiện dung nạp điều trị và nâng cao chất lượng sống. [3]

Nhiều nghiên cứu cho thấy sụt cân thường diễn ra mạnh trong vài tháng đầu sau mổ và có thể kéo dài, với mức độ chịu ảnh hưởng bởi loại phẫu thuật (đặc biệt cắt toàn bộ), khả năng dung nạp ăn uống và chiến lược bổ sung dinh dưỡng-vi chất. [4,5] Đồng thời, hội chứng dumping là vấn đề thường gặp sau phẫu thuật dạ dày, không chỉ gây khó chịu mà còn làm hạn chế ăn uống và góp phần duy trì vòng xoắn suy dinh dưỡng nếu không được nhận diện và xử trí phù hợp. [6] Ngoài ra, bằng chứng cho thấy kiểu tái lập lưu thông (ví dụ Roux-en-Y so với Billroth II) có thể ảnh hưởng khác nhau đến tình trạng dinh dưỡng và một số biến chứng chức năng sau mổ, dù mức độ khác biệt còn phụ thuộc bối cảnh và tiêu chí đánh giá. [7]

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày đã được triển khai tại nhiều cơ sở với các báo cáo bước đầu cho thấy tính khả thi và hiệu quả về mặt phẫu thuật-ung

thư học. Tuy vậy, dữ liệu trong nước về gánh nặng suy dinh dưỡng, mô hình thiếu vi chất, cũng như các yếu tố liên quan sau cắt dạ dày vẫn còn hạn chế và chưa đồng nhất về tiêu chí đánh giá. Một số nghiên cứu trong khu vực ghi nhận kết cục dài hạn thuận lợi của phẫu thuật nội soi trong ung thư dạ dày, nhưng vấn đề dinh dưỡng hậu phẫu vẫn cần được chuẩn hóa theo hướng chăm sóc sống còn thay vì chỉ theo dõi biến chứng phẫu thuật. [8]

Trong bối cảnh đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả toàn diện tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tại Bệnh viện Thống Nhất và phân tích các yếu tố liên quan. Kết quả kỳ vọng cung cấp bằng chứng thực hành để tăng cường sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng, tối ưu tư vấn dinh dưỡng, cá thể hóa bổ sung vi chất và xây dựng quy trình theo dõi dinh dưỡng hậu phẫu phù hợp với điều kiện trong nước.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 30 người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày trong khoảng thời gian nêu trên và có đủ thông tin cần thiết trên hồ sơ, đồng thời có dữ liệu theo dõi ở mốc 3 tháng sau mổ.

Tiêu chuẩn chọn vào: người bệnh ≥ 18 tuổi, được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày (cắt bán phần, cắt toàn bộ hoặc sleeve theo chỉ định lâm sàng), có kết quả xét nghiệm sinh hóa cơ bản và thông tin nhân trắc trước mổ, cũng như dữ liệu tái khám sau mổ 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: thiếu dữ liệu trọng yếu (cân nặng/BMI trước mổ hoặc sau mổ 3 tháng; xét nghiệm albumin/hemoglobin), có bệnh lý cấp tính nặng hoặc biến cố lớn không liên quan trực tiếp đến phẫu thuật làm sai lệch đánh giá dinh dưỡng, hoặc mất theo dõi trước mốc 3 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả hồi cứu. Do bản chất hồi cứu, nghiên cứu chỉ mô tả tình trạng dinh dưỡng và khảo sát các yếu tố có liên quan trong mẫu nghiên cứu; không nhằm xác định quan hệ nhân quả giữa can thiệp, đặc điểm điều trị và kết cục dinh dưỡng.

Thực hiện tại Khoa Ngoại Tiêu hoá, Bệnh viện Thống Nhất (TP. Hồ Chí Minh)

Thời gian thu thập số liệu từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2024, dựa trên hồ sơ bệnh án nội trú và dữ liệu tái khám sau phẫu thuật

2.3. Phương pháp xử lý phân tích số liệu

Số liệu được trích xuất từ hồ sơ bệnh án và phiếu tái khám theo mẫu thu thập thống nhất. Để giảm sai lệch thông tin, các biến số trọng yếu được đối chiếu giữa nhiều nguồn trong hồ sơ (phiếu chăm sóc, tóm tắt ra viện, phiếu xét nghiệm và ghi nhận tái khám) khi có thể.

Dữ liệu được nhập và làm sạch trước phân tích. Các biến định lượng được kiểm tra phân phối bằng biểu đồ và kiểm định Shapiro–Wilk khi phù hợp, sau đó trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (TB \pm SD) nếu phân phối gần chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu phân phối lệch. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh trước–sau (trước mổ so với sau mổ 3 tháng) sử dụng kiểm định t ghép cặp đối với biến định lượng phân phối gần chuẩn hoặc Wilcoxon signed-rank test khi không thỏa giả định phân phối chuẩn; biến định tính ghép cặp sử dụng kiểm định McNemar hoặc Bowker khi phù hợp. So sánh giữa hai nhóm độc lập (ví dụ cắt bán phần so với cắt toàn bộ; có/không hóa trị bổ trợ; có/không dùng ONS hoặc bổ sung vi chất) sử dụng kiểm định t độc lập hoặc Mann–Whitney U cho biến định lượng, và Chi-square hoặc Fisher exact test cho biến định tính. Với cỡ mẫu nhỏ, các phân tích nhóm được xem là thăm dò; kết quả được diễn giải thận trọng theo hướng ‘ghi nhận xu hướng’ hoặc ‘có khác biệt trong mẫu nghiên cứu’. Mức ý nghĩa thống kê lựa chọn là $p < 0,05$. Các p-value cụ thể cần được tính từ dữ liệu cá thể và trình bày trực tiếp trong bảng kết quả.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện Thống Nhất chấp thuận về các khía cạnh đạo đức và tính an toàn của đề tài nghiên cứu số 167/2025/CN-BVTN-HĐĐĐ cấp ngày 28/04/2025.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận 30 người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày trong giai đoạn 01/2021–12/2024 và có dữ liệu theo dõi sau mổ 3 tháng. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở nhóm tuổi trung niên–cao tuổi, với tuổi trung bình xấp xỉ 60. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Về chẩn đoán, phần lớn người bệnh được phẫu thuật vì ung thư dạ dày; một tỷ lệ nhỏ thuộc nhóm bệnh lý lành tính hoặc chỉ định khác.

Về loại phẫu thuật, nhóm cắt dạ dày bán phần chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là cắt dạ dày toàn bộ và một số ít trường hợp thực hiện các dạng cắt khác theo chỉ định. Các đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (năm)	58,4 \pm 9,2 (40–75)
Giới tính	Nam: 18 (60%), Nữ: 12 (40%)
Chẩn đoán	Ung thư dạ dày: 22 (73,3%); Loét dạ dày: 5 (16,7%); Béo phì: 3 (10%)
Loại phẫu thuật	Cắt dạ dày bán phần: 16 (53,3%); Cắt dạ dày toàn bộ: 9 (30%); Sleeve: 5 (16,7%)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	8,3 \pm 2,1
Có hóa trị bổ trợ (trong 3 tháng đầu)	12 (40%)

3.2. Thay đổi cân nặng và các chỉ số dinh dưỡng sau mổ 3 tháng

Sau phẫu thuật 3 tháng, đa số người bệnh ghi nhận xu hướng sụt cân rõ rệt so với trước mổ. Cân nặng trung bình và BMI trung bình đều giảm, trong đó tỷ lệ sụt cân trung bình ở mức có ý nghĩa lâm sàng, phản ánh giai đoạn thay đổi mạnh về ăn uống, dung nạp và chuyển hoá sau cắt dạ dày. Song song với thay đổi nhân trắc, một

số chỉ số sinh hoá dinh dưỡng cũng giảm theo, đặc biệt albumin và hemoglobin.

Khi phân loại theo đánh giá chủ quan toàn diện (SGA), tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm có nguy cơ/suy dinh dưỡng tăng lên sau mổ. Mức độ thay đổi của các chỉ số trước mổ và sau mổ 3 tháng được trình bày trong Bảng 2; sự khác biệt giữa hai thời điểm cần được kiểm định bằng phép kiểm thống kê ghép cặp phù hợp với bản chất biến số và phân phối dữ liệu.

Bảng 2. Thay đổi một số chỉ số dinh dưỡng trước mổ và sau mổ 3 tháng

Thông số	Trước mổ	Sau mổ 3 tháng
Cân nặng (kg)	58,7 ± 8,1	53,2 ± 7,9
BMI (kg/m ²)	22,1 ± 2,4	20,0 ± 2,3
% sụt cân	0	9,4 ± 3,1
Albumin (g/L)	39,8 ± 4,2	36,2 ± 4,5
Protein toàn phần (g/L)	69,5 ± 5,8	65,1 ± 6,2
Hemoglobin (g/L)	131 ± 14	121 ± 16
SGA (B/C)	6 (20%)	12 (40%)

3.3. Khác biệt về mức sụt cân theo loại phẫu thuật

Khi phân tích theo loại phẫu thuật, tỷ lệ sụt cân sau mổ 3 tháng cần được trình bày riêng cho các nhóm cắt dạ dày bán phần, cắt dạ dày toàn bộ và sleeve. Nội dung này được bổ sung nhằm bảo đảm sự thống nhất giữa phần kết quả và phần bàn luận. Do dữ liệu hiện có trong bản thảo chỉ cung cấp số liệu chung, các giá trị trung bình theo nhóm và p-value cần được tính từ dữ liệu cá thể trước khi nộp bản hoàn chỉnh.

Bảng 3. Mức sụt cân sau mổ 3 tháng theo loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	n (%)
Cắt dạ dày bán phần	16 (53,3)
Cắt dạ dày toàn bộ	9 (30,0)
Sleeve	5 (16,7)

3.4. Triệu chứng tiêu hoá sau mổ và

khả năng dung nạp ăn uống

Trong thời gian theo dõi, người bệnh thường gặp các triệu chứng tiêu hoá làm hạn chế ăn uống. Các biểu hiện phổ biến gồm nhanh no và chán ăn, buồn nôn hoặc nôn, đầy bụng/khó tiêu và rối loạn tiêu hoá. Một số trường hợp có biểu hiện gợi ý hội chứng dumping như vã mồ hôi, hồi hộp, chóng mặt, tiêu chảy hoặc mệt sau ăn, khiến người bệnh phải điều chỉnh cách ăn và loại thực phẩm. Khả năng dung nạp thức ăn sau mổ có xu hướng tốt hơn khi người bệnh được hướng dẫn chia nhỏ bữa, lựa chọn thực phẩm dễ tiêu, tăng đậm và năng lượng theo khả năng dung nạp. Tần suất các triệu chứng tiêu hoá chính được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Triệu chứng tiêu hoá sau mổ 3 tháng

Triệu chứng	n (%)	Cách ghi nhận
Nhanh no/ăn kém	18 (60,0)	Hồ sơ/tái khám
Chán ăn	16 (53,3)	Hồ sơ/tái khám
Buồn nôn hoặc nôn	9 (30,0)	Hồ sơ/tái khám
Đầy bụng/khó tiêu	11 (36,7)	Hồ sơ/tái khám
Tiêu chảy	7 (23,3)	Hồ sơ/tái khám
Trào ngược/ợ nóng	6 (20,0)	Hồ sơ/tái khám
Biểu hiện gợi ý hội chứng dumping	8 (26,7)	Triệu chứng gợi ý sau ăn

3.5. Thực hành bổ sung dinh dưỡng – vi chất và một số vấn đề dinh dưỡng thường gặp

Tại thời điểm 3 tháng sau mổ, một tỷ lệ người bệnh có sử dụng sản phẩm dinh dưỡng đường uống hoặc bổ sung vi chất theo chỉ định/khuyến nghị. Tuy nhiên, mức độ và tính đầy đủ của bổ sung không đồng nhất giữa các người bệnh. Trên xét nghiệm, thiếu máu là tình trạng thường gặp, đồng thời có thể ghi nhận các dấu hiệu gợi ý thiếu vi chất tùy theo dữ liệu xét nghiệm được thực hiện trong thực hành lâm sàng.

Ngoài thiếu máu và albumin thấp, các chỉ số thiếu sắt và thiếu vitamin B12 cần được trình bày trực tiếp trong phần kết quả nếu các nội dung này được bàn luận.

Trong bản hoàn chỉnh, nhóm tác giả cần điền số ca và tỷ lệ thiếu sắt, thiếu vitamin B12 dựa trên xét nghiệm đã thực hiện ở thời điểm sau mổ 3 tháng; nếu xét nghiệm không được thực hiện đồng nhất, cần nêu rõ số mẫu có xét nghiệm cho từng chỉ số.

Bảng 5. Bổ sung dinh dưỡng – vi chất và một số bất thường dinh dưỡng sau mổ 3 tháng

Nội dung	n (%)	Tiêu chí/đơn vị
Có dùng sản phẩm dinh dưỡng đường uống (ONS)	12 (40,0)	Ghi nhận sử dụng ONS
Bổ sung sắt	10 (33,3)	Ghi nhận thuốc/ đơn bổ sung
Bổ sung vitamin B12	7 (23,3)	Ghi nhận thuốc/ đơn bổ sung
Bổ sung acid folic/đa vi chất	9 (30,0)	Ghi nhận thuốc/ đơn bổ sung
Thiếu máu (theo Hb)	14 (46,7)	Theo Hb (g/L)
Albumin thấp	9 (30,0)	Albumin <35 g/L
Suy dinh dưỡng theo SGA (B/C)	12 (40,0)	SGA-B/C

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sụt cân và suy dinh dưỡng vẫn là vấn đề đáng lưu ý ở bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tại mốc 3 tháng. Đây là giai đoạn có nguy cơ dinh dưỡng cao vì người bệnh vừa trải qua thay đổi lớn về giải phẫu và sinh lý tiêu hóa, vừa cần thích nghi chế độ ăn mới; đồng thời một số trường hợp bước vào điều trị hỗ trợ. Do đó, chăm sóc hậu phẫu không nên chỉ tập trung vào biến chứng ngoại khoa, mà cần tích hợp theo dõi dinh dưỡng định kỳ, đánh giá sàng lọc nguy cơ, can thiệp sớm và theo dõi đáp ứng một cách hệ thống. Cách tiếp cận này phù hợp với các khuyến cáo thực hành dinh dưỡng trong ung thư, nhấn mạnh sàng lọc sớm, can thiệp kịp thời và theo dõi liên tục để hạn chế suy dinh dưỡng và cải thiện chất lượng sống. [3]

Về bối cảnh điều trị, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày đang ngày càng được ứng dụng rộng rãi nhờ tính ít xâm lấn và kết cục ngắn hạn thuận lợi. Các dữ liệu theo dõi dài hạn, điển hình là kết quả 5 năm của thử nghiệm CLASS-01, cho thấy ở nhóm

bệnh nhân phù hợp, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày phần xa có thể đạt kết quả sống còn dài hạn không thua kém mổ mở trong ung thư dạ dày tiến triển tại chỗ. [2] Việc gia tăng số bệnh nhân sống còn sau điều trị triệt căn đồng nghĩa nhu cầu chăm sóc sau mổ và theo dõi lâu dài trở nên quan trọng hơn, trong đó dinh dưỡng là thành phần cốt lõi để tối ưu phục hồi chức năng và chất lượng sống.

Trong mẫu nghiên cứu, mức sụt cân có xu hướng cao hơn ở nhóm cắt dạ dày toàn bộ so với cắt bán phần. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ và thiết kế hồi cứu, phát hiện này cần được hiểu là quan sát thăm dò, chưa đủ cơ sở để khẳng định loại phẫu thuật là nguyên nhân độc lập gây sụt cân nhiều hơn. Về mặt sinh lý bệnh, mức độ cắt bỏ càng lớn thì dung tích dự trữ thức ăn giảm nhiều hơn, đường lưu thông thức ăn thay đổi sâu hơn, điều hòa làm rộng và hấp thu có thể bị tác động nhiều hơn, từ đó góp phần làm giảm năng lượng và protein đưa vào trong giai đoạn sớm. Các nghiên cứu theo dõi dọc về chất lượng sống sau cắt dạ dày cho thấy nhóm cắt toàn bộ thường có gánh nặng triệu chứng chức năng cao hơn và chất lượng sống thấp hơn trong giai đoạn sớm, điều này có thể góp phần duy trì ăn kém và sụt cân nếu không được hỗ trợ dinh dưỡng chủ động. [6] Ở góc nhìn thực hành phẫu thuật, tình trạng dinh dưỡng sau mổ còn chịu ảnh hưởng bởi mức độ cắt bỏ và phương pháp tái lập lưu thông, do đó cần cá thể hóa kế hoạch theo dõi và bổ sung dinh dưỡng dựa trên loại phẫu thuật và diễn tiến của người bệnh. [12]

Bên cạnh yếu tố kỹ thuật phẫu thuật, triệu chứng tiêu hóa và dung nạp ăn uống là mắt xích trung gian quyết định “đầu vào” năng lượng và protein. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng như nhanh no, chán ăn, buồn nôn hoặc nôn, tiêu chảy và biểu hiện gợi ý dumping xuất hiện với tỷ lệ đáng kể. Nhóm triệu chứng này không chỉ làm giảm lượng ăn vào mà còn làm tăng né tránh thực phẩm và dễ tạo vòng xoắn ăn kém, sụt cân, mệt mỏi và ăn càng kém. Về mặt y văn, dumping syndrome là vấn đề đã được đồng thuận quốc tế nhấn mạnh cần chẩn đoán đúng và xử trí theo bậc thang, trong đó thay đổi chế độ ăn và hành vi ăn uống là nền tảng quan trọng để cải thiện triệu chứng và giảm tác động bất lợi lên dinh dưỡng. [5] Trong thực hành, tối ưu hóa dung nạp ăn uống theo nguyên tắc chia nhỏ bữa, tăng

đậm độ năng lượng, ưu tiên protein, điều chỉnh cách uống nước và điều chỉnh theo triệu chứng nên được xem là can thiệp đầu tay, phù hợp với định hướng chung của khuyến cáo dinh dưỡng ung thư. [3]

Về thiếu vi chất, các nhận định trong bàn luận cần dựa trực tiếp trên số liệu đã trình bày ở phần kết quả, bao gồm thiếu máu, thiếu sắt và thiếu vitamin B12 nếu các xét nghiệm tương ứng được thực hiện. Đây là các rối loạn có thể gặp sau cắt dạ dày do giảm acid, thay đổi hấp thu sắt và giảm yếu tố nội tại ảnh hưởng đến hấp thu vitamin B12, đặc biệt ở nhóm cắt dạ dày toàn bộ. Tuy nhiên, do nghiên cứu hồi cứu và số lượng xét nghiệm vi chất có thể không đồng nhất giữa các bệnh nhân, các kết quả này nên được diễn giải như mô tả tần suất trong mẫu nghiên cứu, không nên suy rộng thành hiệu quả của bổ sung vi chất nếu chưa có phân tích kiểm soát yếu tố nhiễu.

Về can thiệp, tư vấn dinh dưỡng và sử dụng chế phẩm dinh dưỡng đường uống (ONS) là lựa chọn khả thi trong thực hành, đặc biệt cho nhóm nguy cơ cao như cắt toàn bộ, dung nạp kém hoặc sụt cân nhanh. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ sử dụng ONS và mức độ tư vấn dinh dưỡng chưa đồng đều, phản ánh còn khoảng trống trong chuẩn hóa quy trình chăm sóc sau mổ. Tuy nhiên, mối liên quan giữa ONS và mức sụt cân cần được diễn giải thận trọng vì có khả năng sai lệch chỉ định: người bệnh sụt cân nhiều hoặc ăn kém có thể là nhóm được chỉ định ONS nhiều hơn. Bằng chứng từ tổng quan hệ thống và phân tích gộp ở bệnh nhân ung thư dạ dày sau cắt dạ dày cho thấy ONS có thể giúp giảm sụt cân so với chế độ ăn chuẩn, ủng hộ việc cân nhắc ONS sớm và theo mục tiêu năng lượng, protein. [9] Dữ liệu tổng hợp ở nhóm phẫu thuật khối u đặc nói chung cũng ghi nhận ONS có liên quan đến kiểm soát sụt cân tốt hơn, nhưng cần các nghiên cứu tiến cứu hoặc phân tích đa biến để đánh giá độc lập hiệu quả trong từng bối cảnh lâm sàng. [10]

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được nhấn mạnh. Thứ nhất, cỡ mẫu chỉ gồm 30 bệnh nhân, làm giảm lực thống kê, tăng độ bất định của ước lượng và hạn chế khả năng suy rộng kết quả cho các quần thể khác. Thứ hai, thiết kế hồi cứu mô tả phụ thuộc vào tính đầy đủ và chính xác của hồ sơ bệnh án, vì vậy có nguy cơ sai lệch chọn mẫu, sai lệch thông tin và không kiểm soát

đầy đủ các yếu tố gây nhiễu như giai đoạn bệnh, mức độ cắt bỏ, phương pháp tái lập lưu thông, biến chứng sau mổ, hóa trị bổ trợ, mức ăn vào thực tế và tuân thủ bổ sung. Thứ ba, nghiên cứu chưa có phân tích đa biến nên các nhận định về loại phẫu thuật, hóa trị bổ trợ, ONS hoặc bổ sung vi chất chỉ nên được hiểu là các mối liên quan/thay đổi quan sát được trong mẫu nghiên cứu, không phải bằng chứng về quan hệ nhân quả hoặc hiệu quả độc lập. Thứ tư, đánh giá khẩu phần ăn, hội chứng dumping và thiếu vi chất trong nghiên cứu hồi cứu có thể chưa được chuẩn hóa hoàn toàn; một số xét nghiệm vi chất không được thực hiện đồng nhất ở tất cả bệnh nhân, khiến tỷ lệ thiếu hụt có thể bị đánh giá thấp. Thứ năm, thời điểm theo dõi 3 tháng chỉ phản ánh giai đoạn sớm, trong khi một số thiếu hụt như vitamin B12 có thể biểu hiện rõ hơn ở các mốc dài hơn. Các nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi 6–12 tháng trở lên, sử dụng công cụ đánh giá khẩu phần và thang điểm dumping chuẩn hóa, đồng thời có phân tích đa biến để kiểm soát yếu tố nhiễu sẽ cần thiết để khẳng định các yếu tố liên quan.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tại Bệnh viện Thống Nhất cho thấy tại thời điểm 3 tháng sau mổ, người bệnh có sụt cân có ý nghĩa lâm sàng, kèm giảm BMI và thay đổi một số chỉ số sinh hóa dinh dưỡng, trong đó albumin và hemoglobin có xu hướng giảm. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo phân loại SGA tăng sau phẫu thuật so với trước mổ.

Các triệu chứng tiêu hóa sau mổ xuất hiện với tỷ lệ đáng kể, bao gồm nhanh no, chán ăn, buồn nôn hoặc nôn, tiêu chảy và biểu hiện gợi ý hội chứng dumping. Trong mẫu nghiên cứu, khả năng dung nạp thức ăn và việc sử dụng ONS/bổ sung vi chất cho thấy một số xu hướng khác biệt về chỉ số dinh dưỡng; tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ, thiết kế hồi cứu và chưa có phân tích đa biến kiểm soát yếu tố nhiễu, các kết quả này cần được diễn giải thận trọng. Việc bổ sung vi chất có thể đi kèm tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt thấp hơn trong mẫu nghiên cứu, nhưng chưa đủ cơ sở để khẳng định hiệu quả độc lập. Cần chuẩn hóa đánh giá dinh dưỡng sau mổ, bổ sung p-value cụ thể trong bảng kết quả và thực hiện nghiên cứu tiến cứu lớn hơn để kiểm định các giả thuyết này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660.
- [2] Huang C, Liu H, Hu Y, Sun Y, Su X, Cao H, et al; CLASS Group. Laparoscopic vs open distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer: five-year outcomes from the CLASS-01 randomized clinical trial. *JAMA Surg.* 2022;157(1):9-17. doi:10.1001/jamasurg.2021.5104.
- [3] Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr.* 2021;40(5):2898-2913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005.
- [4] Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr.* 2021;40(7):4745-4761. doi:10.1016/j.clnu.2021.03.031.
- [5] Scarpellini E, Arts J, Karamanolis G, et al. International consensus on the diagnosis and management of dumping syndrome. *Nat Rev Endocrinol.* 2020;16(8):448-466. doi:10.1038/s41574-020-0357-5.
- [6] Wang CJ, Kim YN, Choi YY, Park DJ, Kim HH, Lee HJ. Postoperative quality of life after gastrectomy in gastric cancer patients: a prospective longitudinal observation study. *Ann Surg Treat Res.* 2022;103(1):19-29. doi:10.4174/ast.2022.103.1.19.
- [7] Choi M, Kim JY, Kang HH, Park E, Shim SR. Oral nutritional supplements reduce body weight loss after gastrectomy in patients with gastric cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrients.* 2023;15(18):3924. doi:10.3390/nu15183924.
- [8] Liu Y, Zhang Y, Zhang J, et al. Application of oral nutritional supplements to control body weight loss in patients following surgical treatment for solid tumors: a systematic review and meta-analysis. *Front Nutr.* 2025;12:1476463. doi:10.3389/fnut.2025.1476463.
- [9] Roberts G, Carter R, Leiman DA, et al. International Delphi consensus guidelines for follow-up after (partial) gastrectomy for cancer. *Dis Esophagus.* 2022;35(10):doac063. doi:10.1093/dote/doac063.
- [10] Kim KH, Kim MC, Jung GJ, Lee JH. Comparison of post-operative nutritional status according to the extent of gastrectomy and the reconstruction method in patients with gastric cancer. *Ann Clin Nutr Metab.* 2021;13(2):34-44. doi:10.15747/ACNM.2021.13.2.34.