

6. **Prayer D., G. Malinger, P. C. Brugger, et al.** ISUOG Practice Guidelines: performance of fetal magnetic resonance imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol.* May 2017;49(5):671-680. doi:10.1002/uog.17412
7. **Sunitha Tella, Kattakola Rebekah Prasoon, Tiruvatturu Muni Kumari, Buragadda Srinadh, Madireddy Laxmi Naga Deepika,**
8. **Ramaiah Aruna, Akka Jyothy.** Risk factors for congenital anomalies in high risk pregnant women: A large study from South India. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics.* 2017;18(1):79-85.
8. **Volpe Joseph J.** *Neurology of the newborn* E-book. 2008;

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ: CAN THIỆP DINH DƯỠNG ĐỂ ĐẠT MỤC TIÊU PHỤC HỒI HẬU PHẪU VÀ KIỂM SOÁT CÂN NẶNG

Phạm Trần Thiên Nhân¹, Đinh Ngọc Diệp²,
Huỳnh Thị Kim Hoàng³, Nguyễn Lê Quỳnh Như¹

TÓM TẮT

Béo phì là bệnh lý phức tạp, phẫu thuật tạo hình dạ dày hình ống (SG) là một giải pháp hiệu quả nhưng có nguy cơ tái tăng cân. Báo cáo này nhằm mục đích trình bày một trường hợp can thiệp dinh dưỡng đa mô thức thành công, giúp bệnh nhân đạt được mục tiêu phục hồi sau phẫu thuật và kiểm soát cân nặng. Trình bày trường hợp: bệnh nhân nữ, 27 tuổi (BMI 32 kg/m²), được can thiệp dinh dưỡng từ 2 tuần trước phẫu thuật SG và theo dõi trong 6 tháng sau phẫu thuật. Kết quả: Sau 6 tháng, bệnh nhân giảm 19,5 kg (từ 85 kg xuống 65,5 kg), tương đương 23% tổng trọng lượng cơ thể, với chỉ số BMI giảm còn 24,9 kg/m². Phân tích thành phần cơ thể cho thấy khối lượng mỡ giảm 12,2 kg trong khi khối lượng cơ được bảo tồn tốt (chỉ giảm 1,1 kg). Các biến chứng sau mổ như nôn ói, trào ngược được kiểm soát tốt và kết quả xét nghiệm không ghi nhận tình trạng thiếu hụt vi chất đáng kể. Can thiệp dinh dưỡng có cấu trúc chặt chẽ theo từng giai đoạn, kết hợp với tập luyện và theo dõi sát sao, đã chứng tỏ là chiến lược hiệu quả và an toàn để tối ưu hóa kết quả cho bệnh nhân sau phẫu thuật SG. **Từ khóa:** Phẫu thuật béo phì, Tạo hình dạ dày hình ống, Can thiệp dinh dưỡng, Giảm cân

SUMMARY

NUTRITIONAL INTERVENTION FOR POSTOPERATIVE RECOVERY AND WEIGHT MANAGEMENT FOLLOWING BARIATRIC SURGERY: A CASE REPORT

Obesity is a complex condition, and while sleeve gastrectomy (SG) is an effective surgical solution, there is a risk of weight regain. This report presents a successful case of a multimodal nutritional intervention designed to achieve postoperative

recovery and sustainable weight management. Case presentation: A 27-year-old female patient with a BMI of 32 kg/m² underwent SG and was managed with a comprehensive nutritional plan from two weeks preoperatively to six months postoperatively. Results: At 6 months, the patient achieved a 19.5 kg weight loss (from 85 kg to 65.5 kg), equivalent to 23% total weight loss (%TWL), with her BMI reduced to 24.9 kg/m². Body composition analysis revealed a 12.2 kg reduction in fat mass, while muscle mass was well-preserved (1.1 kg loss). Early postoperative complications were well-managed, and no significant micronutrient deficiencies were detected. A structured, staged nutritional intervention, combined with exercise and close monitoring, is a safe and effective strategy for optimizing outcomes in post-SG patients. **Keywords:** Bariatric Surgery, Sleeve Gastrectomy, Nutritional Intervention, Weight Loss, Case Report.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Béo phì là một bệnh lý mạn tính phức tạp, đòi hỏi một chiến lược điều trị đa mô thức, trong đó can thiệp dinh dưỡng đóng vai trò nền tảng. Đối với những bệnh nhân thất bại với các biện pháp điều trị không phẫu thuật có BMI ≥ 30 và có bệnh lý đồng mắc liên quan đến béo phì phẫu thuật điều trị béo phì được chỉ định [1,2].

Phẫu thuật tạo hình dạ dày hình ống (Sleeve Gastrectomy - SG) là phương pháp phẫu thuật béo phì rất phổ biến. Theo số liệu năm 2016, phương pháp này chiếm 58% tổng số ca, trong khi phẫu thuật bắc cầu dạ dày (RYGB) chỉ chiếm 18%. SG được lựa chọn nhiều vì kỹ thuật đơn giản, ít biến chứng và hiệu quả giảm cân tốt hơn so với các phẫu thuật khác. Mặc dù tỉ lệ giảm cân thành công sau một năm là 77%. Tuy nhiên, người bệnh vẫn có nguy cơ tăng cân trở lại, và việc này có thể bắt đầu ngay trong năm đầu tiên. Nguyên nhân chính thường là do chế độ ăn không phù hợp và việc quay lại các thói quen ăn uống không lành mạnh [3]. Thực tế này cho thấy, để tối ưu hóa kết quả sau mổ, một chiến

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Bình Dân

³Trường Đại học Công thương Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Thiên Nhân

Email: drptthiennhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

lược can thiệp dinh dưỡng và thay đổi hành vi cần được xây dựng chặt chẽ và bắt đầu áp dụng ngay từ giai đoạn tiền phẫu.

Các hướng dẫn chung về dinh dưỡng cho bệnh nhân phẫu thuật béo phì đã tương đối đầy đủ. Tuy nhiên, các báo cáo chia sẻ kinh nghiệm thực tiễn, đặc biệt là cách áp dụng các nguyên tắc này vào bối cảnh tại Việt Nam, vẫn còn hạn chế. Việc trình bày một ca lâm sàng chi tiết, với các thực đơn được xây dựng theo từng giai đoạn từ những món ăn và thực phẩm quen thuộc của người Việt Nam đến các chế phẩm bổ sung, có thể cung cấp những thông tin tham khảo hữu ích cho thực hành lâm sàng. Bài viết này được thực hiện với mong muốn đóng góp một phần kinh nghiệm thực tế đó.

II. CAN THIỆP DINH DƯỠNG DÀNH CHO BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT DẠ DÀY HÌNH ỔNG (SG) ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ

2.1. Can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật. Mục tiêu giảm $\geq 5\%$ trọng lượng cơ thể trong vòng hai tuần trước phẫu thuật được đặt ra nhằm thu nhỏ kích thước gan, qua đó góp phần giảm thiểu biến chứng và nguy cơ tử vong.

Để đạt mục tiêu này, chế độ ăn năng lượng thấp (Low Calorie Diet - LCD) cung cấp 800–1500 kcal/ngày đã được chứng minh là một phương pháp hiệu quả với tỉ lệ tuân thủ cao từ người bệnh.[4].

2.2. Can thiệp dinh dưỡng sau phẫu thuật. Mục tiêu can thiệp dinh dưỡng bao gồm: hỗ trợ lành vết mổ, tối ưu hóa và duy trì hiệu quả giảm cân, cũng như ngăn ngừa các biến chứng chuyển hóa và tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng. Để đạt được các mục tiêu này, chế độ ăn được thiết kế theo các giai đoạn với kết cấu và năng lượng tăng dần một cách chậm rãi, giúp hệ tiêu hóa thích nghi và giảm thiểu các triệu chứng như trào ngược hay hội chứng dumping.

"Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng về Hỗ trợ Dinh dưỡng, Chuyển hóa và Không Phẫu thuật Chu phẫu cho Bệnh nhân phẫu thuật điều trị béo phì" của Hiệp hội AACE/TOS/ASMBS/OMA/ASA [3] khuyến nghị:

- **Năng lượng:** Bắt đầu với 400 kcal/ngày trong 2 tuần đầu tiên (giai đoạn 1 và 2), tăng lên 600–800 kcal/ngày vào tuần thứ 3–4 (giai đoạn 3 và 4), đạt 1200–1500 kcal/ngày vào tuần thứ 6 (giai đoạn 5), và duy trì ở mức 1500–1800 kcal/ngày từ tháng thứ sáu trở đi.

- **Protein:** Tối thiểu 60g/ngày, có thể tăng đến 1.5–2.1 g/kg trọng lượng lý tưởng/ngày để ngăn ngừa mất cơ và hỗ trợ phục hồi.

- **Đa vitamin và khoáng chất:** Bổ sung 2 viên uống dạng nhai đa vitamin và khoáng (MVM multivitamin – multimineral) mỗi ngày để phòng ngừa thiếu hụt vi chất.

- Để đáp ứng các mục tiêu trên, lộ trình ăn uống được tiến hành tuần tự. Quá trình bắt đầu với chất lỏng trong suốt trong 24 giờ đầu, sau đó chuyển sang chế độ ăn lỏng toàn phần và duy trì trong 10–14 ngày. Tùy theo khả năng dung nạp của từng người bệnh, chế độ ăn sẽ tiếp tục tiến triển sang dạng xay nhuyễn, mềm và cuối cùng là thức ăn rắn thông thường.

III. TRÌNH BÀY TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân nữ, H.T.C.T. 27 tuổi, chiều cao 1,62m, cân nặng 85kg, BMI 32 kg/m². Đến khám tại bệnh viện Bình Dân vào cuối tháng 11 năm 2024 vì mong muốn giảm cân trước khi có con và thực hiện phẫu thuật dạ dày hình ống (SG) để điều trị béo phì.

3.1. Tiền sử. Cân nặng của bệnh nhân tăng dần từ 50 kg (năm 20 tuổi) lên đến đỉnh điểm là 90 kg (năm 25 tuổi). Trước khi đến khám, các nỗ lực giảm cân không phẫu thuật của bệnh nhân, bao gồm thay đổi lối sống và tập luyện, chỉ mang lại hiệu quả giới hạn tại mức cân nặng lúc đến khám. Một can thiệp phẫu thuật hút mỡ bụng vào năm 2023 cũng được ghi nhận là không thành công.

3.2. Quá trình can thiệp dinh dưỡng. Quá trình can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân được thực hiện trong tổng thời gian 26 tuần. Lộ trình này bao gồm 2 tuần can thiệp trước phẫu thuật và 24 tuần (6 tháng) sau phẫu thuật.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được can thiệp dinh dưỡng tích cực trong 8 tuần (hai tháng đầu hậu phẫu) và tiếp tục theo dõi kết quả cho đến hết 24 tuần (6 tháng).

Trước phẫu thuật. Thời gian can thiệp 2 tuần, chế độ ăn được áp dụng 3 bữa chính và 1 bữa phụ với mức năng lượng 1200 kcal, 85g protein tương ứng với 1g protein/kg cân nặng. Bệnh nhân được tư vấn phương pháp quy đổi thực phẩm và theo dõi bữa ăn từ chuyên viên Dinh dưỡng để đảm bảo thực hiện đúng theo hướng dẫn. Trước phẫu thuật bệnh nhân có cân nặng 84kg, giảm 1kg. Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật vào 2 tuần sau ngày khám đầu tiên.

Sau phẫu thuật. Quy trình can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân được thực hiện theo phác đồ 5 giai đoạn. Chế độ ăn lỏng được khởi động từ ngày hậu phẫu thứ nhất. Trong ba ngày đầu tiên, người bệnh được hỗ trợ dinh dưỡng tĩnh mạch một phần, cung cấp 50g glucose và 50g protein mỗi ngày, và được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ tư.

Sau khi xuất viện, bệnh nhân được tái khám hàng tuần để đánh giá và xây dựng thực đơn chuyên biệt. Chế độ ăn được theo dõi và tư vấn hàng ngày dưới sự theo dõi chặt chẽ của chuyên viên dinh

dưỡng trong suốt quá trình can thiệp. Quá trình can thiệp dinh dưỡng theo 5 giai đoạn được trình bày trong Bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật dạ dày hình ống điều trị béo phì

	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3	Giai đoạn 4	Giai đoạn 5
Thời gian	Tuần đầu hậu phẫu	Từ tuần thứ 2 hậu phẫu	Từ tuần thứ 3 hậu phẫu	Từ tuần thứ 4 hậu phẫu	Từ tuần thứ 6 hậu phẫu
Đặc điểm thức ăn	Lỏng hoàn toàn	Lỏng hoàn toàn	An nghiền: là các loại thực phẩm không cần nhai, độ đặc và kết cấu có thể tăng dần.	An mềm: các loại thực phẩm có thể nghiền nát hoặc nhai ít như phở, thịt băm,...	Ăn mọi loại thực phẩm theo khả năng
Món ăn	Cháo xay	Cháo xay	Cháo thịt/cá nhuyễn	Cơm mềm Thịt/cá mềm	Cơm Thịt/cá nhai kỹ
		Súp công nghiệp (0.8 kcal/ml, 6.4g protein/100ml)	Phở Trứng, thịt mềm	Hủ tíu, bánh canh, phở,...	
		Sữa tươi tách béo ít đường (0.6 kcal/ml, 3 g protein/100ml)			
		Tàu hũ			
Chế phẩm bổ sung	(-)	Dinh dưỡng chuyên biệt (Mỗi gói có 13g protein, 4,7g L-Arginine, 4,7g L-Glutamine, 2,0g L-Leucine, 7 mg Kẽm)	Bột bổ sung Acid amin thiết yếu (EAA)		
		02 viên đa vitamin và khoáng			
		1/2 viên sắt (50 mg sắt nguyên tố)			
Năng lượng	600 kcal*	420 kcal	600 kcal	820 kcal	1000-1200 kcal
Protein	60g**	44g	60g	80g	75 – 85g

*,** Mức năng lượng và Protein trong giai đoạn tuần hậu phẫu đầu tiên bao gồm dinh dưỡng tĩnh mạch

Trong quá trình theo dõi hậu phẫu, bệnh nhân được đánh giá định kỳ về các biến chứng, tình trạng dinh dưỡng (phân tích thành phần cơ thể theo phương pháp đo điện trở kháng sinh học - BIA bằng máy InBody 270) và được chỉ định xét nghiệm vi chất sau 3 tháng.

Giai đoạn hậu phẫu sớm (tuần 1–3) ghi nhận một số thách thức ban đầu. Dung tích thu nạp của bệnh nhân trong hai tuần đầu bị giới hạn ở mức 120–150 ml mỗi bữa. Trong ba tuần đầu, bệnh nhân có biểu hiện nôn sau ăn (trung bình 3 lần/tuần) và các triệu chứng trào ngược thường xuyên. Phân tích thành phần cơ thể trong giai đoạn này cũng cho thấy sự sụt giảm 2,2 lít dịch, cùng với các dấu hiệu mất nước trên lâm sàng (môi khô, da khô).

Quá trình hồi phục có sự cải thiện rõ rệt từ tuần thứ tư, khi vết mổ đã lành tốt, bệnh nhân ngưng các thuốc hậu phẫu và bắt đầu chương trình tập luyện kháng trở. Tại thời điểm tuần 8 hậu phẫu, các triệu chứng tiêu hóa (trào ngược, nôn ói) và tình trạng thiếu dịch đã được giải quyết. Kết quả xét nghiệm máu không phát hiện thiếu hụt vi chất dinh dưỡng có ý nghĩa lâm sàng, và bệnh nhân cho thấy khả năng tuân thủ tốt với chế độ ăn giai đoạn 5.

Tại lần tái khám sau 6 tháng, tình trạng sức khỏe của bệnh nhân ổn định, tuân thủ tốt chế độ ăn và lịch tập luyện (5 ngày/tuần). Thăm khám lâm sàng không ghi nhận triệu chứng trào ngược, nôn ói, hay các dấu hiệu của thiếu máu và thiếu vi chất dinh dưỡng.

Quá trình thay đổi cân nặng và thành phần cơ thể của bệnh nhân trong 6 tháng hậu phẫu được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Thay đổi thành phần cơ thể trong 6 tháng hậu phẫu

Tuần hậu phẫu	Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3	Tuần 4	Tuần 6	Tuần 14	Tuần 24
Lượng dịch cơ thể (l)	31,2	29,0	31,6	30,8	30,9	30,0	30,0
Cân nặng (kg)	81,7	78,0	78,1	76,7	74,6	71,7	65,5
Khối lượng cơ xương (kg)	23,3	21,5	23,4	23,0	22,9	22,2	22,2
Khối lượng mỡ (kg)	39,1	38,4	35,0	34,5	32,3	30,7	26,9

Theo dữ liệu bảng 2, trong 24 tuần hậu phẫu, cân nặng của bệnh nhân giảm từ 81,7 kg xuống còn 65,5 kg. Sự thay đổi này bao gồm việc giảm 12,2 kg khối lượng mỡ (từ 39,1 kg xuống 26,9 kg), trong khi khối lượng cơ xương

giảm 1,1 kg (từ 23,3 kg xuống 22,2 kg). Tại thời điểm cuối của giai đoạn theo dõi, chỉ số BMI của bệnh nhân đạt 24,9 kg/m².

Chỉ số xét nghiệm máu và vi chất dinh dưỡng của bệnh nhân được trình bày trong bảng 3.

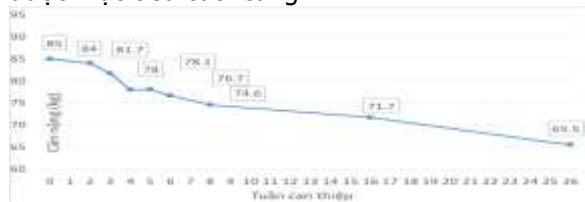
Bảng 3. Kết quả xét nghiệm máu trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 8 tuần

Tên xét nghiệm	Trước phẫu thuật	Hậu phẫu 8 tuần	Khoảng tham chiếu
Công thức máu			
Huyết sắc tố (Hb) (g/dL)	14,50	14,00	12 - 15
Sinh hóa máu			
HbA1c (NGSP) (%)	6,00	5,90	<5,7
Glucose máu lúc đói (mmol/L)	5,2	5,14	3,9 - 5,5
Triglycerides (mmol/L)	1,2	1,4	<1,7
Cholesterol toàn phần (mmol/L)	5,3	4,57	<5,18
LDL Cholesterol (mmol/L)	3,6	3,04	<2,59
Vi chất dinh dưỡng (xét nghiệm máu)			
Vitamin B12 (pg/mL)		1159,0	187 - 883
Axit Folic (Vitamin B9) (ng/mL)		14,1	3,1 - 20,5
25-OH Vitamin D (ng/mL)		26,0	30 - 100
Ferritin (μmol/L)		266	4,63 - 204
Sắt (Fe) (ng/mL)		14,9	9 - 30,4
Đồng (Cu) (μg/dL)		93,9	80 - 155
Canxi (Ca) (mmol)		2,56	2,1 - 2,55

Dữ liệu bảng 3 cho thấy hầu hết các chỉ số về công thức máu, sinh hóa, và vi chất dinh dưỡng đều nằm trong khoảng tham chiếu bình thường. Tuy nhiên, có một vài kết quả nằm ngoài ngưỡng. Cụ thể, nồng độ Vitamin B12 (1159,0 pg/mL) và Ferritin (266 μmol/L) cao hơn mức bình thường. Ngược lại, chỉ số 25-OH Vitamin D (26,0 ng/mL) ở mức thấp, dưới ngưỡng tham chiếu bình thường là 30 ng/mL.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả sau 26 tuần can thiệp ghi nhận mức giảm 23% tổng trọng lượng cơ thể (từ 85 kg xuống 65,5 kg), gần đạt được mục tiêu kỳ vọng của phẫu thuật SG (25–30%) [3]. Sự thành công này không chỉ thể hiện qua biểu đồ giảm cân với tốc độ ổn định và chưa chững lại (Biểu đồ 1) mà còn được củng cố bởi việc người bệnh đã thiết lập được các hành vi ăn uống lành mạnh và duy trì tốt lịch tập luyện. Những yếu tố tuân thủ này tạo ra một cơ sở vững chắc để tiên lượng rằng bệnh nhân có khả năng tiếp tục giảm cân và đạt được mục tiêu cuối cùng.



Biểu đồ 1. Diễn tiến thay đổi cân nặng bệnh nhân theo tuần can thiệp

Phân tích sâu hơn về thành phần cơ thể trong Bảng 2 cho thấy trong hai tuần đầu hậu phẫu, sự sụt giảm cân nặng nhanh chóng đi kèm với tình trạng mất dịch và mất cơ đáng kể. Cụ thể, lượng dịch cơ thể giảm 2,2 lít và khối lượng cơ xương giảm 1,8 kg chỉ trong giai đoạn từ tuần 1 đến tuần 2. Tình trạng này được xác định là hệ quả của các triệu chứng nôn ói sau ăn, khả năng dung nạp hạn chế (120–150 ml/bữa) và các dấu hiệu mất nước trên lâm sàng. Để khắc phục, kế hoạch can thiệp đã được điều chỉnh kịp thời, tập trung vào việc tư vấn cho bệnh nhân chia nhỏ các bữa uống (50–100 ml mỗi 30 phút) nhằm đảm bảo bù đủ dịch. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý về hạn chế của việc đánh giá khối cơ bằng công nghệ BIA là ảnh hưởng rất nhiều bởi lượng nước của cơ thể và thường phóng đại tình trạng thiếu hụt cơ xương khi tình trạng mất nước diễn ra, điều này được hỗ trợ mạnh mẽ bởi dữ liệu trong Bảng 2: khi lượng dịch cơ thể của bệnh nhân phục hồi từ 29,0 L (Tuần 2) lên 31,6 L (Tuần 3), khối lượng cơ được đo lường cũng "tăng vọt" từ 21,5kg lên 23,4 kg, gần như trở lại mức ban đầu.

Khi nhu cầu protein được đáp ứng đầy đủ và chương trình tập luyện kháng trở được bắt đầu (từ tuần thứ 4), tốc độ mất cơ đã chậm lại rõ rệt. Kết quả tổng thể sau 24 tuần can thiệp đã chứng minh hiệu quả của phác đồ, khi bệnh nhân chỉ giảm 1,1 kg cơ nhưng giảm được tới 12,2 kg mỡ (Bảng 2).

Một điểm quan trọng cần làm rõ là sự khác

biệt nền tảng trong chiến lược can thiệp dinh dưỡng giữa phẫu thuật dạ dày điều trị béo phì và điều trị ung thư. Trong phẫu thuật ung thư, mục tiêu dinh dưỡng là đạt được nhu cầu năng lượng (khoảng 25–30 kcal/kg) càng sớm càng tốt tùy theo khả năng dung nạp của người bệnh [5]. Ngược lại, trong phẫu thuật béo phì, một tình trạng cân bằng năng lượng âm được chủ động duy trì kéo dài để thúc đẩy quá trình giảm cân. Cụ thể theo Hiệp hội AACE/TOS/ASMBS/OMA/ASA [3] khuyến nghị, mức năng lượng tăng rất chậm, chỉ khoảng 200 kcal mỗi tuần trong hai tháng đầu, và đạt mức 1200-1500 kcal từ tuần thứ sáu sau đó sẽ duy trì lâu dài. Mức năng lượng này vẫn tạo ra một sự thâm hụt đáng kể so với nhu cầu khuyến nghị cho phụ nữ Việt Nam cùng độ tuổi và mức hoạt động thể lực trung bình (khoảng 2050 kcal) [6]. Chính chiến lược duy trì thâm hụt năng lượng kéo dài này làm đẩy lên các quan ngại về nguy cơ suy dinh dưỡng protein-năng lượng, thiếu máu và thiếu hụt vi

chất dinh dưỡng. Thực tế, y văn đã ghi nhận các trường hợp suy dinh dưỡng thể Kwashiorkor và bệnh Scorbut gia tăng trong nhóm bệnh nhân sau phẫu thuật béo phì [7,8], điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc theo dõi và bổ sung dinh dưỡng một cách chặt chẽ.

Việc thiết kế một khẩu phần ăn có năng lượng thấp nhưng vẫn đảm bảo đủ protein, vitamin và khoáng chất chỉ từ thực phẩm tự nhiên là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng. Do đó, việc sử dụng các chế phẩm bổ sung chuyên biệt được xem là một can thiệp cần thiết và không thể thiếu. Các hướng dẫn hiện hành khuyến nghị nên bắt đầu bổ sung một cách thường quy ngay từ giai đoạn hậu phẫu sớm, ngay cả khi chưa có bằng chứng thiếu hụt trên xét nghiệm. Bảng 4 trình bày liều vitamin và khoáng chất được bổ sung với 2 viên multivitamin – multimineral (MVM) kèm ½ viên sắt mà bệnh nhân được bổ sung.

Bảng 4. Đối chiếu hàm lượng chế phẩm bổ sung với nhu cầu khuyến nghị

Thành phần	Hàm lượng	Nhu cầu ở người bình thường [6]	Nhu cầu người phẫu thuật dạ dày [3]	% đáp ứng so với nhu cầu*
Vitamin A	5000 IU	5000 IU	5000 – 1000 IU	100%
Vitamin B1	3 mg	1,1 mg	50 - 100 mg	6%
Vitamin B12	50 mcg	2,4 mcg	350 - 1000 mcg	14%
Folate	800 mcg	400 mcg	400 - 800 mcg	200%
Sắt (Fe)	50 mg	18 mg	45 - 60 mg	111%
Vitamin D	1000 IU	600 IU	1200 - 1500 IU	80%
Canxi	440 mg	1000 mg	1200 - 1500 mg	35%
Vitamin E	30mg	15mg	15mg	200%
Vitamin K	60 mcg	90 mcg	90-120 mcg	67%
Zinc	22 mg	8 mg	8-11 mg	275%
Đồng (Cu)	1 mg	0,9 mg	1 mg	100%

* So sánh với nhu cầu khuyến nghị (giới hạn dưới) cho người phẫu thuật dạ dày hình ống điều trị béo phì [3]

Phân tích kết quả xét nghiệm máu tại thời điểm 8 tuần hậu phẫu (Bảng 3) cho thấy bệnh nhân không có tình trạng thiếu máu (Hb 14.0 g/dL), trong khi hầu hết các vi chất khác đều trong giới hạn bình thường, ngoại trừ nồng độ Vitamin D ở mức thiếu hụt nhẹ (26.0 ng/mL).

Như vậy, sau 26 tuần can thiệp, bệnh nhân đã đạt được các mục tiêu quan trọng. Cân nặng giảm xuống 65,5 kg, tương ứng với chỉ số BMI là 24,9 kg/m², đưa bệnh nhân ra khỏi ngưỡng chẩn đoán béo phì theo phân loại của WHO. Đồng thời, các biến chứng tiềm tàng sau phẫu thuật như trào ngược, thiếu máu và suy dinh dưỡng protein-năng lượng đều được kiểm soát tốt.

Nhìn về dài hạn, y văn cho thấy chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQOL)

thường cải thiện đáng kể sau phẫu thuật SG, đạt đỉnh trong 1-2 năm đầu. Sự cải thiện này có tương quan chặt chẽ với mức độ giảm cân và sự tuân thủ lâu dài các khuyến nghị về lối sống[9]. Do đó, chiến lược tiếp theo đối với trường hợp này là tập trung vào việc duy trì sự tuân thủ các hành vi dinh dưỡng và vận động tích cực đã được thiết lập, nhằm đảm bảo kết quả bền vững.

V. KẾT LUẬN

Ca bệnh này cho thấy một chiến lược dinh dưỡng chu phẫu toàn diện góp phần cho sự thành công của phẫu thuật tạo hình dạ dày hình ống điều trị béo phì. Các thành phần chính bao gồm một chế độ ăn thấp năng lượng (LCD) tiền phẫu, một quá trình tăng tiến chế độ ăn sau phẫu thuật chậm rãi và có cấu trúc, và quan trọng là việc sử dụng các sản phẩm bổ sung acid amin, vitamin và khoáng có mục tiêu, theo đúng hướng dẫn nhằm phòng ngừa thiếu dinh dưỡng. Việc quản lý chủ động các biến

chứng sớm và tích hợp tập luyện kháng trở là yếu tố quan trọng để bảo tồn khối lượng cơ và đạt được mức giảm cân gần như tối ưu sau 6 tháng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh Béo Phì.; 2022.
2. **Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, et al.** American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines For Medical Care of Patients with Obesity. *Endocr Pract.* 2016;22:1-203. doi:10.4158/EP161365.GL
3. **Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, et al.** Clinical Practice Guidelines For The Perioperative Nutrition, Metabolic, and Nonsurgical Support of Patients Undergoing Bariatric Procedures – 2019 Update: Cosponsored By American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society, American Society For Metabolic & Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists. *Endocr Pract.* 2019;25:1-75. doi:10.4158/GL-2019-0406
4. **Romeijn MM, Kolen AM, Holthuijsen DDB, et al.** Effectiveness of a Low-Calorie Diet for Liver Volume Reduction Prior to Bariatric Surgery: a Systematic Review. *Obes Surg.* 2021;31(1):350-356. doi:10.1007/s11695-020-05070-6
5. **Giang TB, Tâm LN.** Hướng Dẫn Dinh Dưỡng Trong Điều Trị Bệnh Nhân Ngoại Khoa. Nhà xuất bản Y học; 2022.
6. **Bộ Y tế,** Viện Dinh dưỡng. Nhu Cầu Dinh Dưỡng Khuyến Nghị Cho Người Việt Nam. Nhà xuất bản Y học; 2016.
7. **Dermawan A, Eshon S, Danagher K, Senaratne S.** Scurvy—a re-emerging disease with the rising cost of living and number of bariatric surgical procedures. *BMJ Case Rep CP.* 2024;17(8): e261082. doi:10.1136/bcr-2024-261082
8. **Tapia JO, Tapia RO, Farias JB, et al.** A case of kwashiorkor after bariatric surgery leading to large pericardial effusion in a young latin female. *JACC.* 2025;85(12_Supplement): 4672-4672. doi:10.1016/S0735-1097(25)05156-3
9. **Sierżantowicz R, Ładny JR, Lewko J.** Quality of Life after Bariatric Surgery-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(15):9078. doi:10.3390/ijerph19159078

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ THÔNG LIÊN THẤT

Thạch Ri Sa^{1,2}, Ông Huy Thanh^{2,3},
Lê Thị Giáng Châu¹, Triệu Quốc Hải¹, Lý Quốc Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ thông liên thất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca bệnh được áp dụng cho 48 trường hợp viêm phổi ở trẻ thông liên thất tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng. **Kết quả:** Trong 48 trường hợp, có 34 ca ở Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và 14 ca ở Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng. Tuổi trung bình của trẻ là 23,7±34,5 tháng tuổi. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho 81,3% (viêm phổi), 90,6% (viêm phổi nặng). Sốt 75% (viêm phổi), 84,4% (viêm phổi nặng). Triệu chứng thực thể thường gặp là rút lõm lồng ngực 68,8% (viêm phổi), 90,6% (viêm phổi nặng), nhịp thở nhanh 37,5% (viêm phổi), 75% (viêm phổi nặng). Phổi có ral ẩm, nổ 93,8% (viêm phổi), 100% (viêm

phổi nặng). Hình ảnh X quang thường gặp là hội chứng phế nang 100% (viêm phổi), 68,8% (viêm phổi nặng). Lõ thông phần quanh màng chiếm 62,5% (viêm phổi), 78,1% (viêm phổi nặng). Trẻ mắc viêm phổi chiếm 33,3% và viêm phổi nặng chiếm 66,7%. Trẻ dưới 12 tháng tuổi mắc viêm phổi là 37,5%, viêm phổi nặng là 75%. Số trẻ được điều trị khỏi ra viện chiếm 79,2%, viêm phổi 100%, viêm phổi nặng 68,8%. Thời gian nằm viện trung bình là 14 ngày. **Kết luận:** Viêm phổi ở trẻ bị thông liên thất thường là viêm phổi nặng và tỷ lệ điều trị thành công khá cao nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời. **Từ khóa:** viêm phổi, thông liên thất, tim bẩm sinh.

SUMMARY

THE CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULT OF PNEUMONIA IN CHILDREN WITH VENTRICULAR SEPTAL DEFECT

Objectives: Describe the clinical, paraclinical characteristics and treatment result of pneumonia in children with Ventricular septal defect. **Materials and Methods:** A case series study was conducted on 48 children with Ventricular septal defect who was diagnosed pneumonia at Can Tho City Children's Hospital and Soc Trang Hospital for women and children. **Results:** In 48 cases, 34 were from Can Tho Children's Hospital and 14 were from Soc Trang

¹Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Thạch Ri Sa

Email: thachrisa1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025