

phải cần nguyên. Tương tự, các bệnh lý nền như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu cũng không làm thay đổi tỷ lệ nuôi dưỡng sớm ($p>0,05$), vì không phải là chống chỉ định của nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa có mối liên quan chặt chẽ với nhóm tuổi <60, nguy cơ dinh dưỡng cao (mNUTRIC ≥ 5) và mức độ nặng theo APACHE II ≥ 20 ở người bệnh viêm tụy cấp. Không ghi nhận sự liên quan có ý nghĩa với giới tính, BMI, điểm SOFA, phân loại mức độ theo hình ảnh, nguyên nhân bệnh hay bệnh lý kèm theo. Kết quả nhấn mạnh tầm quan trọng của việc ưu tiên nuôi dưỡng sớm cho những người bệnh VTC có nguy cơ dinh dưỡng cao, giảm biến chứng và rút ngắn thời gian điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nesvaderani M., Eslick G.D., Vagg D., et al. (2015). Epidemiology, aetiology and outcomes of acute pancreatitis: A retrospective cohort study. *Int J Surg*, 23, 68–74.
2. Meyers C., Rigassio Radler D., Zelig R.S. (2023). Impact of solid food provision within 24 hours of hospital admission on clinical outcomes for adult patients with acute pancreatitis: A literature review. *Nutr Clin Pract*, 38(5), 976–986.
3. De Lucia S.S., Candelli M., Polito G., et al.

- (2023). Nutrition in Acute Pancreatitis: From the Old Paradigm to the New Evidence. *Nutrients*, 15(8), 1939.
4. Fostier R., Arvanitakis M., Gkolfakis P. (2022). Nutrition in acute pancreatitis: when, what and how. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 25(5), 325.
5. Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., et al. (2013). Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*, 62(1), 102–111.
6. Feng P., He C., Liao G., et al. (2017). Early enteral nutrition versus delayed enteral nutrition in acute pancreatitis: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 96(46), e8648.
7. Lakananurak N., Gramlich L. (2020). Nutrition management in acute pancreatitis: Clinical practice consideration. *World J Clin Cases*, 8(9), 1561–1573.
8. Arvanitakis M., Ockenga J., Bezmarevic M., et al. (2020). ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. *Clin Nutr*, 39(3), 612–631.
9. Qi D., Yu B., Huang J., et al. (2018). Meta-Analysis of Early Enteral Nutrition Provided Within 24 Hours of Admission on Clinical Outcomes in Acute Pancreatitis. *J Parenter Enter Nutr*, 42(7), 1139–1147.
10. Tong N., Lu H., Li N., et al. (2025). Ability of the modified NUTRIC score to predict all-cause mortality among ICU patients with acute pancreatitis: A retrospective analysis using the MIMIC-IV database. *Clin Nutr ESPEN*, 66, 397–408.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÙNG ĐẦU TỤY CÓ CẮT KHỐI TÁ TỤY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2025

Phạm Thị Lan Phương^{1,2}, Lưu Quang Thùy^{1,2}, Đỗ Tất Thành^{1,2},
Lê Thị Hương², Đỗ Trung Dũng¹, Bùi Trung Nghĩa¹, Nguyễn Tuấn Anh¹,
Nguyễn Bá Anh¹, Chu Thị Trang^{1,2}, Nguyễn Trần Thị Linh^{1,2}

TOM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước mổ và mối liên quan với biến chứng, thời gian nằm viện ở bệnh nhân ung thư đầu tụy phẫu thuật cắt khối tá tụy. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân ≥ 18 tuổi, phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (tháng 5–8/2025). Đánh giá dinh dưỡng bằng BMI, PG-SGA, NRS-2002, kết hợp albumin, prealbumin; ghi nhận biến chứng theo Dindo và thời gian nằm viện. **Kết quả:** Gần 50% bệnh nhân

có BMI <18,5; >70% PG-SGA mức B,C. Hơn 2/3 sụt cân trước mổ; nhiều triệu chứng như chán ăn, mệt mỏi, khô miệng. Prealbumin <15 mg/dL liên quan suy dinh dưỡng ($p=0,021$). Biến chứng phổ biến: rò tụy (58,3%), chậm lưu thông tiêu hóa (36%), viêm phổi (12%). Nhóm nguy cơ cao thường nằm viện >21 ngày, OR=0,15 so với nhóm nhẹ ($p=0,018$). **Kết luận:** Suy dinh dưỡng trước mổ rất phổ biến và ảnh hưởng đến thời gian nằm viện, cần sàng lọc và can thiệp dinh dưỡng sớm. **Từ khóa:** tình trạng dinh dưỡng trước mổ, ung thư vùng đầu tụy, cắt khối tá tụy

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH PANCREATIC HEAD CANCER UNDERGOING PANCREATODUODENECTOMY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2025

Objective: To assess preoperative nutritional status and its association with postoperative

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lan Phương

Email: phamphuong12a1@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

complications and length of hospital stay in patients with pancreatic head cancer undergoing pancreaticoduodenectomy. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients aged ≥ 18 years who underwent surgery at Viet Duc University Hospital (May–August 2025). Nutritional status was evaluated using BMI, PG-SGA, and NRS-2002, combined with albumin and prealbumin levels; complications were recorded according to the Dindo classification and hospital stay duration. **Results:** Nearly 50% of patients had a BMI < 18.5 ; over 70% were classified as PG-SGA B/C. More than two-thirds experienced preoperative weight loss and presented symptoms such as anorexia, fatigue, and dry mouth. Prealbumin < 15 mg/dL was significantly associated with malnutrition ($p=0.021$). Common complications included pancreatic fistula (58.3%), delayed gastric emptying (36%), and pneumonia (12%). High-risk patients often stayed > 21 days, OR=0.15 compared to the mild-risk group ($p=0.018$). **Conclusion:** Preoperative malnutrition is highly prevalent and impacts hospital stay, highlighting the need for early nutritional screening and intervention.

Keywords: preoperative nutritional status, pancreatic head cancer, pancreaticoduodenectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đầu tụy là một trong những bệnh lý ung thư có tiên lượng xấu, tỉ lệ sống sau 5 năm chỉ khoảng 10%–13%, ngay cả khi được phẫu thuật cắt khối tá tụy (PD-pancreaticoduodenectomy) là một trong những cuộc mổ phức tạp và xâm lấn, thường kéo theo nhiều biến chứng nghiêm trọng và thời gian nằm viện kéo dài[1]. Một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhưng dễ bị xem nhẹ là tình trạng dinh dưỡng trước mổ. Nhiều nghiên cứu cho thấy tình trạng này có mối liên hệ chặt chẽ với kết cục hậu phẫu ở bệnh nhân PD. Nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ chỉ ra rằng bệnh nhân suy dinh dưỡng trước mổ (theo tiêu chí GLIM) có tỉ lệ biến chứng nặng (Clavien–Dindo $\geq$ III) lên tới 73,9%, so với 14,8% ở nhóm không suy dinh dưỡng, đồng thời tỉ lệ tử vong 30 ngày sau mổ là 26,1% so với 0% ở nhóm đối chiếu. Suy dinh dưỡng trước mổ được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập với OR = 16,3 (95% CI: 3,9–66,8; $p=0,001$) [2]. Trước đó, nghiên cứu của La Torre và cộng sự đã khảo sát 143 bệnh nhân phẫu thuật cắt tụy cho ung thư, cho thấy tới 88% có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng. Những bệnh nhân này có thời gian nằm viện dài gấp bốn lần và tỉ lệ biến chứng cao hơn đáng kể (53,2%) so với nhóm không suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng

được xác định là yếu tố tiên đoán độc lập cho biến chứng hậu phẫu ($p=0,00145$) [3]

Tại Việt Nam, nghiên cứu về ung thư tiêu hóa (bao gồm cả ung thư tụy) ở Bệnh viện Chợ Rẫy báo cáo tỉ lệ suy dinh dưỡng trước mổ là khoảng 19%. Suy dinh dưỡng có liên quan rõ với tăng nguy cơ biến chứng sau mổ (OR = 1,97) và kéo dài thời gian nằm viện (tăng trung bình 2,8 ngày) [4]. Điều này cho thấy tình trạng suy dinh dưỡng trước mổ là vấn đề đáng báo động, tại các cơ sở lâm sàng trên toàn quốc.

Hiện tại, tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chưa có báo cáo nghiên cứu nào tập trung đặc hiệu vào mối quan hệ giữa tình trạng dinh dưỡng trước mổ và ảnh hưởng của tình trạng này đến kết quả phẫu thuật PD ở bệnh nhân ung thư đầu tụy. Trong khi báo cáo từ các nghiên cứu quốc tế rõ ràng cho thấy tầm quan trọng của đánh giá dinh dưỡng đối với nhóm bệnh nhân này, do đó, mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đưa ra những số liệu cụ thể và chính xác về tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân vùng đầu tụy có cắt khối tá tụy, giúp định hướng lâm sàng giúp cải thiện chất lượng điều trị cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định ung thư đầu tụy;
- + Sinh thiết tức thì trong mổ có tế bào ác tính.
- Bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy được điều trị bằng cắt khối tá tụy, nạo vét hạch theo một quy trình thống nhất được quy định bởi phẫu thuật viên mà không cần điều trị hoá trị bổ trợ hoặc phẫu thuật thăm dò trước đó.
- Người bệnh được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Người bệnh đang được điều trị hóa chất tại Bệnh viện

Thời gian nghiên cứu: Từ 05/2025-08/2025

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ung bướu và xạ trị, Khoa điều trị theo Yêu cầu, Khoa Phẫu thuật Gan mật, Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, Khoa Phẫu thuật Cấp cứu bụng.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện toàn bộ người bệnh trong thời gian nghiên cứu đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn

Biến số nghiên cứu và chỉ tiêu đánh giá:

Nhóm biến số	Biến số cụ thể	Chỉ số đo lường / Phân loại	Nguồn dữ liệu
Đặc điểm nhân khẩu học	Tuổi	Số năm	Hồ sơ bệnh án
	Giới tính	Nam / Nữ	Hồ sơ bệnh án

Trình độ học vấn		Dưới THPT/THPT	Hồ sơ bệnh án
Đặc điểm lâm sàng trước mổ	BMI	<18,5; 18,5–22,9; ≥23 kg/m ²	Đo trực tiếp trước mổ
	Sụt cân 1 tháng	% giảm so với cân nặng trước (≥5%; ≥10%)	Hỏi bệnh & hồ sơ
	PG-SGA	A (không có nguy cơ); B (nguy cơ thấp & trung bình); C (nguy cơ cao)	Phiếu đánh giá
	NRS-2002	<3 điểm (nguy cơ thấp); ≥3 điểm (nguy cơ cao)	Phiếu đánh giá
	Triệu chứng dinh dưỡng	Chán ăn, khô miệng, thay đổi vị giác, mệt mỏi...	Khai thác lâm sàng
Xét nghiệm sinh hóa	Albumin	g/L (ngưỡng 35 g/L)	Hồ sơ xét nghiệm
	Prealbumin	mg/dL (ngưỡng 15 mg/dL)	Hồ sơ xét nghiệm
Kết cục sau mổ	Biến chứng hậu phẫu	Theo phân loại Clavien-Dindo (≥III: biến chứng nặng)	Hồ sơ bệnh án, tường trình phẫu thuật
	Loại biến chứng cụ thể	Rò tụy, chậm lưu thông tiêu hóa, viêm phổi	Hồ sơ bệnh án
	Thời gian nằm viện	Số ngày nằm viện	Bệnh án

Quản lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu trên EPIDATA; phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 13.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến

hành sau khi được Hội đồng thẩm định nghiên cứu khoa học của bệnh viện thông qua. Các số liệu nghiên cứu được bảo quản chặt chẽ, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu khoa học, viết báo cáo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung trước phẫu thuật về đối tượng

		Nam (n=27)	%	Nữ (n=14)	%	Tổng cộng (n=41)	%
Tuổi	<60	14	51,9	8	57,1	22	53,7
	≥60	13	48,1	6	42,9	19	46,3
Dân tộc học	Kinh	25	92,6	13	92,9	38	92,7
	Khác	2	7,4	1	7,1	3	7,3
Trình độ giáo dục	Dưới THPT	13	48,1	5	35,7	18	43,9
	THPT	14	51,9	9	64,3	23	56,1

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ≥60 tuổi chiếm 46,3%, gần tương đương nhóm <60 (53,7%). Điều này cho thấy nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu là trung niên và người cao tuổi. Nam giới chiếm ưu thế (65,9%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ của ung thư đầu tụy. Hơn 40% bệnh nhân có trình độ dưới THPT, điều này có thể ảnh hưởng đến nhận thức về dinh dưỡng và khả năng tuân thủ chế độ ăn trước và sau phẫu thuật.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân dựa trên BMI, PG-SGA và sự thay đổi cân nặng gần đây trong 1 tháng, phân loại theo giới tính.

	Tổng cộng (n=41)	Nam (n=27)	Nữ (n=14)
Chỉ số khối cơ thể (BMI)			
<18,5	20 (48,8)	13 (48,1)	7 (50,0)
18,5–23	15 (36,6)	9 (33,3)	6 (42,9)
>23	6 (14,6)	5 (18,6)	1 (7,1)

PG SGA			
A	11 (26,8)	6 (22,2)	5 (35,7)
B	26 (63,4)	19 (70,4)	7 (50,0)
C	4 (9,8)	2 (7,4)	2 (14,3)
Thay đổi trọng lượng trong tháng vừa qua			
Không thay đổi hoặc tăng cân	10 (24,4)	7 (25,9)	3 (21,4)
Giảm từ 1 đến 5%	24 (58,5)	15 (55,6)	9 (64,3)
Giảm 5–10%	5 (12,2)	4 (14,8)	1 (7,1)
Giảm hơn 10%	8 (19,5)	7 (25,9)	1 (7,1)

Nhận xét: Gần 50% bệnh nhân có BMI <18,5, phản ánh tỷ lệ suy dinh dưỡng thiếu năng lượng trường diễn rất cao. Trên 70% bệnh nhân ở mức B hoặc C, cho thấy nguy cơ hoặc tình trạng suy dinh dưỡng phổ biến. Đặc biệt, nhóm PG-SGA C (nguy cơ cao) chiếm gần 10%. Hơn 58% bệnh nhân giảm 1–5%, và 19,5% giảm trên 10% trọng lượng.

Bảng 3. So sánh các triệu chứng dinh dưỡng trước phẫu thuật giữa bệnh nhân có chỉ số BMI <18,5 và BMI ≥18,5

Triệu chứng	n (%)	BMI <18,5 (n=20)	BMI ≥18,5 (n=21)	p
Mất cảm giác thèm ăn	Có 19 (46,3%)	10 (50,0%)	9 (42,9%)	0,758

	Không 22 (53,7%)	10 (50,0%)	12 (57,1%)	
Khô miệng	Có 21 (51,2%)	12 (60,0%)	9 (42,9%)	0,354
	Không 20 (48,8%)	8 (40,0%)	12 (57,1%)	
Mệt mỏi	Có 18 (43,9%)	13 (65,0%)	5 (23,8%)	0,012*
	Không 23 (56,1%)	7 (35,0%)	16 (76,2%)	
Lo lắng	Có 21 (51,2%)	6 (30,0%)	15 (71,4%)	0,013*
	Không 20 (48,8%)	14 (70,0%)	6 (28,6%)	
Thay đổi vị giác	Có 20 (48,8%)	4 (20,0%)	16 (76,2%)	0,001*
	Không 21 (51,2%)	16 (80,0%)	5 (23,8%)	
Khó nuốt	Có 2 (4,9%)	1 (5,0%)	1 (4,8%)	1
	Không 39 (95,1%)	19 (95,0%)	20 (95,2%)	
Loét miệng	Có 3 (7,3%)	2 (10,0%)	1 (4,8%)	0,606
	Không 38 (92,7%)	18 (90,0%)	20 (95,2%)	
Sợ mùi thức ăn	Có 19 (46,3%)	9 (45,0%)	10 (47,6%)	1
	Không 22 (53,7%)	11 (55,0%)	11 (52,4%)	
Buồn nôn	Có 13 (31,7%)	9 (45,0%)	4 (19,0%)	0,1
	Không 28 (68,3%)	11 (55,0%)	17 (81,0%)	
Táo bón	Có 15 (36,6%)	7 (35,0%)	8 (38,1%)	1
	Không 26 (63,4%)	13 (65,0%)	13 (61,9%)	
Nôn mửa	Có 8 (19,5%)	5 (25,0%)	3 (14,3%)	0,454
	Không 33 (80,5%)	15 (75,0%)	18 (85,7%)	
Tiêu chảy	Có 7 (17,1%)	5 (25,0%)	2 (9,5%)	0,238
	Không 34 (82,9%)	15 (75,0%)	19 (90,5%)	
Cảm giác no nhanh	Có 21 (51,2%)	14 (70,0%)	7 (33,3%)	0,029*
	Không 21 (48,8%)	6 (30,0%)	15 (66,7%)	

Nhận xét: Mệt mỏi ($p=0,012$), thay đổi vị giác ($p=0,001$), cảm giác no nhanh ($p=0,029$) có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm BMI thấp và cao với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 4. Mối quan hệ giữa phân loại PG-SGA và nồng độ albumin và prealbumin máu

Albumin	PG SGA - A n(%)	PG SGA - B n(%)	PG SGA - C n(%)	Giá trị p
< 28 g/l	3 (17,6%)	12 (70,6%)	2 (11,8%)	p = 0,845
28 - <35 g/l	5 (35,7%)	8 (57,1%)	1 (7,1%)	
≥35 g/l	3 (30,0%)	6 (60,0%)	1 (10,0%)	
Pre albumin				
< 15mg/dl	3 (27,3%)	17 (65,4%)	4 (100,0%)	p=0,021*
≥15mg/dl	8 (72,7%)	9 (34,6%)	0 (0,0%)	

Nhận xét: Prealbumin <15 mg/dL có liên quan có ý nghĩa nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA, trong khi albumin không cho thấy sự khác biệt rõ ($p>0,05$).

Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật được phân loại theo nhóm chỉ số khối cơ thể (BMI).

Biến chứng	Tổng n	BMI<18,5 (n)	BMI<18,5 %	BMI≥18,5 (n)	BMI≥18,5 %	giá trị p
Rò tụy	21	16	76,20%	5	23,80%	0,752
Chậm làm rỗng dạ dày	18	14	77,80%	4	22,20%	0,744
Rò mật	3	1	33,30%	2	66,70%	0,186
Rò đường chấp	2	1	50,00%	1	50,00%	0,486
Viêm phổi	6	4	66,70%	2	33,30%	1

Nhận xét: Tỷ lệ rò tụy và chậm lưu thông dạ dày cao (trên 75%) ở nhóm BMI <18,5, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê Viêm phổi

chiếm 66,7% ở nhóm BMI thấp <18,5.

Bảng 6: Mối quan hệ giữa các yếu tố cụ thể và biến chứng tổng quát (phân loại Dindo)

Yếu tố	Biến chứng – Có	Biến chứng – Không có	OR (CI 95%)	Giá trị p
BMI ≥18,5	6	15	0,22 (0,06-0,81)	0,029
BMI <18,5	13	7		
Tuổi ≥60	8	11	0,21 (0,06-0,83)	0,029
Tuổi <60	17	5		
Nữ giới	6	8	2,14 (0,55-8,38)	0,307
Nam giới	7	20		

Nhận xét: BMI <18,5 làm tăng nguy cơ biến chứng tổng quát (OR ~4,5, $p=0,029$). Tuổi ≥60 cũng liên quan biến chứng cao.

Bảng 7: Số ngày nằm viện bệnh viện dựa trên nguy cơ dinh dưỡng

Thời	PG-SGA	NRS 2002
------	--------	----------

gian nằm viện (ngày)	PG- SGA A	PG- SGA B	PG- SGA C	Không nguy cơ	Nguy cơ nhẹ đến trung bình	Nguy cơ cao
<10	3	10	0	3	3	7
10–21	7	13	3	2	13	3
>21	1	3	1	3	4	3
	p = 0,578			p = 0,073		

Nhận xét: Bệnh nhân có thời gian nằm viện dài (>21 ngày), nhưng tập trung nhiều hơn ở nhóm có nguy cơ dinh dưỡng (trung bình đến cao).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đầu tụy là một trong những bệnh lý ác tính có tiên lượng xấu với tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ khoảng 10–13%, ngay cả khi được điều trị bằng phẫu thuật cắt khối tá tụy, vốn được coi là phương pháp điều trị chuẩn nhưng có mức độ xâm lấn lớn và tỉ lệ biến chứng cao. Do đó, tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng đối với kết quả điều trị, nhưng chưa được xem là yếu tố cần thiết cho một cuộc mổ thành công. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ suy dinh dưỡng trước mổ khá cao: gần 50% bệnh nhân có BMI <18,5 và hơn 70% được phân loại nguy cơ hoặc suy dinh dưỡng thực sự theo PG-SGA (mức B và C). Tỷ lệ này tương ứng với nghiên cứu của Nghiêm Nguyệt Thu và cộng sự cho đối tượng bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa tại bệnh viện Bạch Mai với khoảng 50% bệnh nhân phân độ nguy cơ suy dinh dưỡng theo đánh giá và 48% bệnh nhân suy dinh dưỡng thiếu năng lượng trưởng diễn với BMI <18.5kg/m²[5] và nghiên cứu Wikima cùng cộng sự với 40% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng theo PG-SGA ngay thời điểm đánh giá trước can thiệp; đáng chú ý là người có nguy cơ suy dinh dưỡng vẫn có BMI cao nhưng sụt cân đáng kể[6]. Ở nghiên cứu này, gần 20% bệnh nhân giảm trên 10% trọng lượng trong vòng một tháng trước phẫu thuật, phản ánh tình trạng suy kiệt năng lượng-protein nặng. Ở bệnh nhân ung thư đầu tụy, tình trạng này thường đi kèm với viêm mạn tính, rối loạn chuyển hóa, giảm khối cơ, dẫn đến giảm dự trữ chức năng để đáp ứng stress phẫu thuật. Một nghiên cứu tại Nhật Bản cho thấy giảm >10% cân nặng trước mổ làm tăng nguy cơ biến chứng phẫu thuật 2,5 lần và kéo dài thời gian hồi phục (p<0,01)[7]. Ngoài ra, nhóm này có tỷ lệ tử vong trong 30 ngày sau mổ cao hơn rõ rệt. Các triệu chứng liên quan dinh dưỡng như chán ăn, thay đổi vị giác, cảm giác no nhanh, mệt mỏi xuất hiện với tần suất cao, trong đó mệt mỏi và rối loạn vị giác có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm BMI thấp và BMI bình thường (p<0,05).

Nhiều bệnh nhân thấy vị kim loại hoặc giảm cảm nhận vị ngọt. Điều này làm giảm hứng thú ăn uống, khiến họ tránh một số nhóm thực phẩm giàu năng lượng và protein như thịt đỏ, sữa, chế phẩm giàu chất béo. Hậu quả giảm tổng năng lượng hấp thu và giảm BMI. Người bệnh ăn ít trong mỗi bữa, không bù được lượng năng lượng thiếu hụt, dẫn đến âm cân bằng năng lượng.

Kết quả xét nghiệm cho thấy prealbumin <15 mg/dL có mối liên quan chặt chẽ với mức độ suy dinh dưỡng (p=0,021), trong khi albumin không cho thấy sự khác biệt rõ ràng. Điều này phù hợp với các khuyến cáo hiện hành khi coi prealbumin là một chỉ số nhạy phản ánh tình trạng dinh dưỡng cấp tính hơn so với albumin vốn bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như phản ứng viêm. Các nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận điều này: La Torre và cộng sự (2013) chỉ ra rằng suy dinh dưỡng trước mổ là yếu tố tiên lượng độc lập cho biến chứng hậu phẫu (p=0,00145), và bệnh nhân suy dinh dưỡng có thời gian nằm viện dài gấp 4 lần nhóm bình thường[8].

Ảnh hưởng của suy dinh dưỡng thể hiện rõ ở tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật. Nhóm BMI <18,5 có tỷ lệ rò tụy và chậm lưu thông dạ dày vượt quá 75%, trong khi nhóm BMI ≥18,5 thấp hơn đáng kể, dù sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê do hạn chế về cỡ mẫu. Ngoài ra, viêm phổi chiếm 66,7% ở nhóm BMI thấp, cho thấy suy dinh dưỡng không chỉ ảnh hưởng đến liền vết mổ và phục hồi chức năng tiêu hóa, mà còn tác động đến miễn dịch và dự trữ cơ hô hấp. Khi phân tích nguy cơ biến chứng tổng quát theo tiêu chuẩn Dindo, BMI <18,5 làm tăng nguy cơ biến chứng lên khoảng 4,5 lần (OR = 0,22 cho BMI ≥18,5; p=0,029) và tuổi ≥60 cũng liên quan đáng kể (p=0,029). Điểm đáng chú ý khác là mối liên quan giữa điểm NRS-2002 và thời gian nằm viện. Dữ liệu cho thấy bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng cao (NRS-2002 ≥3) có xu hướng nằm viện lâu hơn (>21 ngày), mặc dù p-value chưa đạt mức ý nghĩa (p=0,073), nhưng đây là xu hướng phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Tirnova (2025) trên bệnh nhân phẫu thuật cắt khối tá tụy cho thấy bệnh nhân suy dinh dưỡng theo tiêu chí GLIM có tỷ lệ biến chứng nặng (Clavien–Dindo ≥III) lên tới 73,9%, trong khi nhóm không suy dinh dưỡng chỉ 14,8%; đồng thời nguy cơ tử vong 30 ngày tăng mạnh (26,1% so với 0%) và suy dinh dưỡng được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập (OR = 16,3; p<0,001)[9]. Kết quả này nhấn mạnh tính cấp thiết của việc sàng lọc và can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư đầu tụy cắt khối tá tụy rất phổ biến với tỷ lệ gần 50% có BMI thấp và trên 70% có nguy cơ theo PG-SGA. Tình trạng này liên quan chặt chẽ đến kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng biến chứng hậu phẫu như rò tụy, chậm lưu thông tiêu hóa và viêm phổi. Prealbumin <15 mg/dL chứng tỏ giá trị tiên lượng mạnh hơn so với albumin. Can thiệp dinh dưỡng sớm, đặc biệt ở nhóm có BMI thấp, PG-SGA mức B/C hoặc prealbumin <15 mg/dL, được xem là chiến lược cần thiết nhằm cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xu, Z., Chen, J., Mou, Y. et al. Effects of nutritional status on short-term prognosis after minimally invasive pancreaticoduodenectomy. *Sci Rep* 14, 29549 (2024).
2. Tirnova I, Erkent M, Aydin HO, Gojayev A, Yildirim S. Retrospective study comparing 30-day surgical outcomes of pancreaticoduodenectomy for pancreatic head adenocarcinoma in patients with and without malnutrition defined by the GLIM criteria. *Medicine (Baltimore)*. 2025 Jul 18;104(29):e4336Braga M., Ljungqvist O., Soeters P. và cộng sự. (2009). ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Surgery. *Clinical Nutrition*, 28(4), 378–386.
3. La Torre M et al. Malnutrition and pancreatic surgery: prevalence and outcomes. *J Surg Oncol*. 2013 Jun;107(7):702-8
4. Loan BTH, Nakahara S, Tho BA, Dang TN, Anh LN, Huy ND, Ichikawa M. Nutritional status and postoperative outcomes in patients with gastrointestinal cancer in Vietnam: a retrospective cohort study. *Nutrition*. 2018 Apr;48:117-121
5. Young LS, Huong PT, Lam NT, Thu NN et al. Nutritional status and feeding practices in gastrointestinal surgery patients at Bach Mai Hospital, Hanoi, Vietnam. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2016;25(3):513-20.Arends J., Bachmann P., Baracos V. và cộng sự. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11–48.
6. Wijma, A.G., Hogenbirk, R.N.M., Driessens, H. et al. Nutritional support in pancreatic cancer patients and its effect on nutritional status: an observational regional HPB network study investigating current practice. *Support Care Cancer* 32, 487 (2024).
7. Nishikawa, Makoto MD, PhD*,†; Yamamoto, Junji MD, PhD*; Einama, Takahiro MD, PhD*; Hoshikawa, Mayumi MD, PhD*; Iwasaki, Toshimitsu MD, PhD*; Nakazawa, Akiko MD, PhD*; Takihara, Yasuhiro MD*; Tsunenari, Takazumi MD*; Kishi, Yoji MD, PhD*. Preoperative Rapid Weight Loss as a Prognostic Predictor After Surgical Resection for Pancreatic Cancer. *Pancreas* 51(10):p 1388-1397, 11/12 2022.
8. La Torre M, Ziparo V, Nigri G, et al. Malnutrition and pancreatic surgery: prevalence and outcomes. *J Surg Oncol*. 2013;107(7):702-708.
9. Tirnova O, Haugvik SP, Labori KJ, et al. Impact of GLIM-Defined Malnutrition on Postoperative Outcomes Following Pancreaticoduodenectomy. *Clin Nutr*. 2025;44(1)

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN CHÂM CỨU TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẴNG CHÉO TRƯỚC

Lê Đức Thịnh¹, Đỗ Phú Thắng², Nguyễn Lê Việt Hùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng quan các nghiên cứu về hiệu quả của liệu pháp châm cứu trong phục hồi chức năng sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước (ACL). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan 32 nghiên cứu từ các nguồn Pubmed, Cochrane và CKNI liên quan đến châm cứu trong phục hồi chức năng sau phẫu thuật tái tạo ACL. Phân tích đặc điểm nghiên cứu

và hiệu quả điều trị theo thang điểm đánh giá. **Kết quả:** Các dạng can thiệp bằng châm cứu sau tái tạo dây chằng chéo được đề cập bao gồm châm cổ điển, điện châm, ôn châm, châm kết hợp thuốc y học cổ truyền, châm kết hợp các phương pháp xoa bóp tác động ngoài, châm cứu kết hợp thuốc tân dược. Kết quả cho thấy châm cứu điều trị tích hợp với phục hồi chức năng sau phẫu thuật tái tạo ACL cho thấy hiệu quả cải thiện rõ rệt về giảm đau - sưng, cải thiện tầm vận động, sức mạnh - kích thích cơ và cảm thụ bản thể khớp so với phục hồi chức năng đơn thuần. Tuy nhiên, bằng chứng chủ yếu từ nghiên cứu ngắn/trung hạn với cỡ mẫu hạn chế. Không có tác dụng phụ hoặc biến chứng được ghi nhận. **Kết luận:** Châm cứu là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn, dễ ứng dụng và có thể tích hợp vào quy trình phục hồi chức năng cơ bản. Cần nghiên cứu dài hạn để khẳng định hiệu quả bền vững.

Từ khóa: Tái tạo dây chằng chéo trước, phục hồi chức năng, châm cứu.

¹Bệnh viện 175

²Đại học Trung Y Dược Cam Túc, Lan Châu, Cam Túc, Trung Quốc

³Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Việt Hùng

Email: viethung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025