Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 219-223

NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS AFTER GASTRIC REMOVAL SURGERY DUE TO CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2025

Le Thi Dieu Linh*, Nguyen Tai Bui Dat, Nguyen Thi Thanh Huyen

Nghe An Oncology Hospital - Km 456, National Highway 1A, Vinh Hung Ward, Nghe An Province, Vietnam

Received: 03/06/2026
Revised: 26/07/2026; Accepted: 06/08/2026

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of malnutrition and analyze factors associated with nutritional status in post-gastrectomy patients with gastric cancer at Nghe An Oncology Hospital in 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 patients who underwent gastric cancer surgery at Nghe An Oncology Hospital from January 2025 to September 2025.

Results: The postoperative malnutrition rate according to the PG-SGA scale was 53.3%, of which severe malnutrition accounted for 21.6%. The malnutrition rates based on BMI and Albumin were 52.5% and 38.3%, respectively. There was a significant association between the nutritional status of postoperative gastric cancer patients and factors including surgical indications, postoperative fever, unintentional weight loss within one month, loss of subcutaneous fat, muscle wasting, and edema ($p < 0.05$).

Conclusion: Comprehensive nutritional assessment and evaluation of associated factors should be performed for postoperative gastric cancer patients to enable timely and appropriate nutritional interventions, thereby improving treatment response and efficacy.

Keywords: Malnutrition, gastric cancer, surgery, PG-SGA.

*Corresponding author
Email: linhle.97dhv@gmail.com **Phone**: (+84) 387927181 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6164

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY DO UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2025

Lê Thị Diệu Linh*, Nguyễn Tài Bùi Đạt, Nguyễn Thị Thanh Huyền

Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An - Km 456, Quốc lộ 1A, P. Vinh Hưng, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận: 03/06/2026
Ngày sửa: 26/07/2026; Ngày đăng: 06/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tình trạng SDD và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân sau phẫu thuật dạ dày do ung thư tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 120 bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 01/2025 – 9/2025.

Kết quả: Tỷ lệ SDD sau phẫu thuật theo PG- SGA là 53,3% trong đó SDD nặng chiếm 21,6%, tỷ lệ SDD theo BMI và Albumin lần lượt là 52,5% và 38,3%. Có sự liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sau phẫu thuật dạ dày với các yếu tố chỉ định mổ, sốt sau phẫu thuật, tình trạng sụt cân trong vòng 1 tháng và tình trạng mất lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù (p <0,05)

Kết luận: Đánh giá dinh dưỡng toàn diện và các yếu tố liên quan cho bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư dạ dày nên được thực hiện để can thiệp dinh dưỡng kịp thời, thích hợp và tăng đáp ứng và hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, ung thư dạ dày, phẫu thuật, PG- SGA.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo thống kê của Globocan 2024, ung thư dạ dày có tỷ lệ mắc phổ biến thứ 5 trên toàn thế giới với 4.8% tương đương với 980.296 người mắc mới, tỷ lệ tử vong đứng thứ 5 ở cả hai giới. Cũng theo báo cáo trên tại Việt Nam năm 2024 ước tính có 12.373 ca mắc mới đứng thứ 5 và chiếm 7% trong các loại ung thư [1]. UT đường tiêu hoá đã được chứng minh có tỉ lệ SDD cao hơn so với các vị trí khác chiếm 20 - 85%, trong đó 14-94% bệnh nhân UTDD được chẩn đoán SDD [2-6]. Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của bệnh nhân UT chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố như vị trí và giai đoạn bệnh, triệu chứng tiêu hoá như nôn ói, giảm nhập năng lượng hay giảm hấp thu do điều trị,..

Bên cạnh đó phần lớn bệnh nhân UTDD có khẩu phần ăn trước và sau phẫu thuật đều không đạt so với nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, chất sinh năng lượng và các Vitamin cũng như một số chất khoáng. SDD trước và sau mổ có thể tác động đến quyết định phương pháp điều trị, ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của cơ thể gây tăng nguy cơ biến chứng sau mổ như nhiễm trùng (5 – 52%), giảm đáp ứng và tăng chi phí điều trị (hơn 25%), kéo dài thời gian nằm viện (8 – 15 ngày), tăng tỉ lệ tử vong, từ đó làm suy giảm chất lượng cuộc sống, đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh [7-9].Vì vậy, việc chẩn đoán và can thiệp sớm SDD sau phẫu thuật là vô cùng quan trọng góp phần làm giảm mức độ nặng của bệnh và tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật, chi phí điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Với mục tiêu nghiên cứu là xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 120 bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư đang điều trị tại khoa Ngoại 5 và khoa Nội 3.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày.

+ Bệnh nhân hậu phẫu cắt dạ dày ngày thứ 6 trở đi.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân hôn mê

+ Bệnh nhân không tự đứng được hay quá mệt mỏi.

+ Bệnh nhân câm điếc không có khả năng trả lời các câu hỏi.

+ Bệnh nhân có các khuyết tật cụt chi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/2025 – 09/2025 tại khoa Ngoại 5, Nội 3 của Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư điều trị nội trú tại khoa Ngoại 5 và Nội 3 Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 01/2025 đến 09/2025 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu.

2.3.3 Phương pháp thu thập số liệu và đánh giá:

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI theo phân loại của Hội đái tháo đường Châu Á, đối với người Châu Á năm 2000:

- Không SDD: khi BMI ≥ 18,5 kg/m^2
- SDD mức độ nhẹ: khi BMI từ 17 đến 18,4 kg/m^2

*Tác giả liên hệ
Email: linhle.97dhv@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 387927181 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6164

- SDD mức độ vừa: khi BMI từ 16 đến 16,9 kg/m^2

- SDD nặng: khi BMI < 16 kg/m^2

Đánh giá TTDD của bệnh nhân sử dụng thang đo PG-SGA: PG-SGA là công cụ đánh giá TTDD chuyên biệt cho bệnh nhân ung thư, được cải biên từ phương pháp đánh giá dinh dưỡng chủ quan toàn cầu (SGA), được Ottery và cộng sự giới thiệu năm 1994 và hoàn thiện năm 2000 [10].

Đánh giá dinh dưỡng theo công cụ PG-SGA bao gồm hai phần:

Phần 1: Kiểm tra bệnh sử bao gồm tiền sử thay đổi cân nặng, thay đổi lượng thức ăn dung nạp, các triệu chứng tiêu hóa ảnh hưởng đến ăn uống và mức độ hoạt động/ chức năng.

Phần 2: Bao gồm chẩn đoán bệnh lý và nhu cầu dinh dưỡng, nhu cầu chuyển hóa (stress) và khám lâm sàng (đánh giá tình trạng mất lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù).

- Cách đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân:

- Mức độ A: 7 - 11 điểm: Dinh dưỡng tốt

- Mức độ B: 12 - 16 điểm: Suy dinh dưỡng nhẹ hoặc trung bình

- Mức độ C: ≥ 17 điểm: Suy dinh dưỡng nặng.

- Bệnh nhân được xác định suy dinh dưỡng theo PG - SGA khi số điểm > 11.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo albumin huyết thanh

- Bình thường: khi albumin huyết thanh ≥35g/L.

- SDD nhẹ - trung bình: khi albumin huyết thanh từ 21- 34 g/L.

- SDD nặng: khi albumin huyết thanh < 21g/L.

2.3.4 Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Tiến hành phỏng vấn các bệnh nhân hậu phẫu mổ dạ dày ngày thứ 6 trở đi tại khoa Ngoại 5 và Nội 3 BVUBNA theo bộ câu hỏi cấu trúc đã được thiết kế sẵn, quan sát, khám đánh giá TTDD kết hợp cân đo đối tượng nghiên cứu và kết quả cận lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Toàn bộ phiếu phỏng vấn được kiểm tra, làm sạch trước khi nhập máy bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Áp dụng các phương pháp phân tích mô tả về tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình.

- Phân tích mối liên quan giữa 2 biến thông qua kiểm định Fisher's Exact Test và OR với mức ý nghĩa p < 0,05.

- Mô hình hồi quy Logistic với phương pháp Blackward LR, mức ý nghĩa = 0,05 để kiểm soát yếu tố nhiễu. Kiểm định Hosmer và Lemeshow được sử dụng để xác định mức phù hợp của mô hình đa biến.

- Tiêu chí đưa biến vào và loại biến ra: Các biến độc lập có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến (p < 0,05) được đưa vào mô hình ban đầu. Tiêu chí giữ biến lại trong mô hình là p < 0,05 và tiêu chí loại biến ra khỏi mô hình là p > 0,05.

- Kiểm tra đa cộng tuyến: Hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập được kiểm tra thông qua hệ số phóng đại phương sai VIF. Các biến có VIF > 5 được xem là có hiện tượng đa cộng tuyến và sẽ được xem xét loại bỏ khỏi mô hình để không làm sai lệch kết quả.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học bệnh viện Ung bướu Nghệ An. Đối tượng có quyền từ chối tham gia, các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu hoàn toàn được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

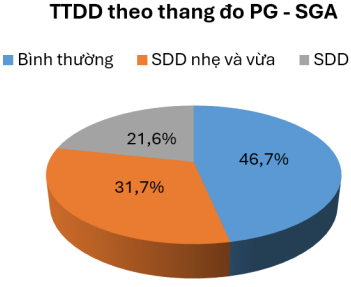
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

TT	Đặc điểm ĐTNC	Phân loại	n	%
1	Giới tính	Nam	73	60,8
		Nữ	47	39,2
2	Nhóm tuổi	< 30	2	1,7
		30- 60	48	40,0
		> 60	70	58,3
Tuổi trung bình 61,77 ± 11,03. Tuổi mắc cao nhất 91, tuổi thấp nhất 17				
6	Trình độ học vấn	Không biết chữ	2	1,7
		Tiểu học	24	20,0
		Trung học cơ sở	49	40,8
		Trung học phổ thông	41	34,2
		Cao đẳng, đại học	4	3,3
7	Điều kiện kinh tế	Nghèo	44	36,7
		Không nghèo	76	63,3
8	Đặc điểm về vị trí mổ	Cắt bán phần dạ dày	90	75,0
		Cắt toàn bộ dạ dày	30	25,0
9	Tình trạng nhiễm trùng vết mổ	Vết thương khô, sạch	115	95,8
		Nhiễm trùng da và chân chỉ đỏ	5	4,2
		Các nhiễm trùng khác	0	0,0

Nhận xét: Bệnh nhân là nam giới chiếm tỷ lệ cao gấp 1,5 lần so với nữ giới (60,8% và 39,2% tương ứng. Tuổi trung bình của ĐTNC là 61,77 ± 11,03. Tuổi mắc cao nhất 91, tuổi thấp nhất là 17 trong đó nhóm người cao tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 58,3%. Có 75% ĐTNC được phẫu thuật cắt bán phần dạ dày và cao gấp 3 lần so với người bệnh được chỉ định cắt toàn bộ dạ dày (25%).

3.2. Thông tin về tình trạng dinh dưỡng của ĐTNC



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo thang đo PG-SGA

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 21,6% ĐTNC có tình trạng suy dinh dưỡng nặng, 31,7% suy dinh dưỡng nhẹ, vừa và 46,7% ĐTNC có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo chỉ số BMI và chỉ định mổ

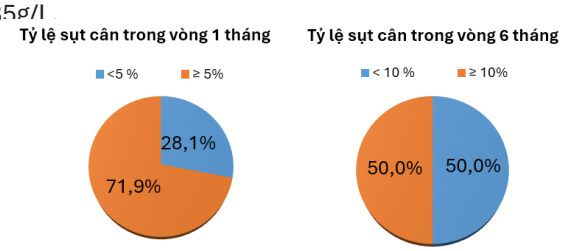
Vị trí mổ	TTDD theo BMI						Tổng	
	Gầy		Bình thường		Thừa cân			
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Cắt bán phần dạ dày	35	29,2	55	45,8	_	_	90	75,0
2. Cắt toàn bộ dạ dày	28	23,3	2	1,7	_	_	30	25,0
Tổng	63	52,5	57	47,5	_	_	120	100,0

Nhận xét: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số BMI, kết quả cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng chung là 52,5%. Trong đó, tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng do cắt bán phần cao hơn so với người bệnh cắt toàn bộ dạ dày gần 6%.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo chỉ số Albumin và PG - SGA

TTDD theo PG - SGA	ALBUMIN				Tổng	
	< 35 g/L		≥ 35 g/L			
	n	%	n	%	n	%
SDD	33	27,5	31	25,8	64	53,3
Bình thường	13	10,8	43	35,8	56	46,7

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 46 BN (38,3%) có chỉ số Albumin < 35 g/L, trong đó có 33 BN (27,5%) suy dinh dưỡng và 13 BN (10,8%) có TTDD bình thường theo chỉ số PG - SGA. Ngoài ra, có 74 BN (61,7%) có chỉ số Albumin ≥ 35g/l



Biểu đồ 2. Tỷ lệ sụt cân trong vòng 1 tháng và 6 tháng của ĐTNC

Nhận xét: Trong số 64 BN sụt cân trong vòng 1 tháng, có 46 BN (71,9%) sụt cân ≥ 5% cao gấp 2,5 lần so với 18 BN (28,1%) tỷ lệ sụt cân < 5%. Ngoài ra, tỷ lệ sụt cân trong vòng 6 tháng ≥ 10% và < 10% có tỷ lệ ngang nhau với 16 BN (50%).

3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của ĐTNC

Bảng 4. Mô hình hồi quy đa biến giải thích một số yếu tố liên quan đến TTDD của ĐTNC theo PG – SGA

Yếu tố trong mô hình		Hệ số hồi quy β	Sai số chuẩn (S.E)	OR (95%CI)	Mức ý nghĩa (p)
1. Chỉ định mổ	Cắt toàn bộ dạ dày	1,657	0.644	5,242 (1,484 - 18,519)	0,01
	Cắt bán phần dạ dày*	_	_		
2. Tình trạng sốt	Có	1,742	0.541	5,711 (1,976 - 16,503)	0,001
	Không*	_	_		
3. Sụt cân trong vòng 1 tháng	Có	1,995	0,511	7,353 (2,700 - 20,027)	< 0,001
	Không*	_	_		
4. Tình trạng mất lớp mỡ dưới da:	Có	2,995	1,140	19,900 (2,138 -186,883)	0,009
	Không*	_	_		

Cỡ mẫu phân tích n= 120; (*) = Nhóm so sánh; - = Không áp dụng; Kiểm định tính phù hợp của mô hình thống kê (Hosmer and Lemeshow); OR = 5,454; df = 6; p = 0,487

Nhận xét:

- Về vị trí mổ, BN mổ cắt toàn bộ dạ dày có nguy cơ SDD cao gấp 5,242 lần so với BN cắt bán phần dạ dày (95% CI: 1,484 - 18,519, p = 0,01).

- Về tình trạng sốt sau phẫu thuật, BN có sốt sau phẫu thuật có nguy cơ SDD cao gấp 5,711 lần so với BN không bị sốt (95% CI: 1,976 - 16,503, p = 0,001).

- Về tình trạng sụt cân trong vòng 1 tháng, BN có tình trạng sụt cân trong vòng 1 tháng có nguy cơ SDD cao gấp 7,353 lần so với những BN không có tình trạng sụt cân (95% CI: 2,700 - 20,027, p < 0,001).

- Về tình trạng mất lớp mỡ dưới da /teo cơ/ phù, BN có tình trạng mất lớp mỡ dưới da/ teo cơ/ phù có nguy cơ SDD cao gấp 19,9 lần so với những BN không có tình trạng mất lớp mỡ dưới da/ teo cơ/ phù (95% CI: 2,138 - 186,883, p = 0,009).

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật cắt dạ dày theo từng phương pháp là: Theo chỉ số BMI là 52,5% (trong đó 20,8% SDD nặng, 10,8% SDD vừa, 20,8% SDD nhẹ). Theo thang đo PG – SGA: 21,6% suy dinh dưỡng nặng, 31,7% suy dinh dưỡng nhẹ, vừa và 46,7% dinh dưỡng bình thường, không có BN nào thừa cân, béo phì. Theo chỉ số Albumin: 38,3% BN có chỉ số Albumin < 35g/L và 61,7% BN có chỉ số Albumin ≥ 35g/L. Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với chỉ định mổ của bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày có nguy cơ SDD so với những bệnh nhân cắt bán phần dạ dày. Bệnh nhân có sốt sau phẫu thuật có nguy cơ SDD so với BN không bị sốt. Bệnh nhân có tình trạng sụt cân trong vòng 1 tháng so với BN không

có tình trạng sụt cân. Bệnh nhân có tình trạng mất lớp mỡ dưới da/ teo cơ/ phù có nguy cơ SDD so với những BN không có tình trạng mất lớp mỡ dưới da/ teo cơ/.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng SDD ở bệnh nhân UTDD chiếm tỉ lệ cao, đặc biệt là theo phương pháp PG-SGA và BMI. Do đó, cần tiến hành đánh giá dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân sau phẫu thuật để phát hiện và can thiệp kịp thời. Cần phải thực hiện điều tra khẩu phần ăn cụ thể, đánh giá tính cân đối của khẩu phần và sự thiếu hụt vi chất để đưa ra lời khuyên dinh dưỡng thích hợp cho bệnh nhân trước khi phẫu thuật và sau khi xuất viện. Đặc biệt là cần quan tâm các bệnh nhân UTDD sau khi phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, có sốt sau phẫu thuật, tình trạng mất lớp mỡ dưới da/ teo cơ/phù và tình trạng sụt cân trong vòng 1 tháng để góp phần tăng đáp ứng điều trị, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] IARC (2024), "World cancer report: Cancer reseach for cancer prevetion. International Agency for Reseach on Cancer, Lyon, France.".

[2] N. V. Pham và các cộng sự. (2007), "SGA and measures for muscle mass and strength in surgical Vietnamese patients", Nutrition. 23(4), tr. 283-91.

[3] Lương Đức Dũng (2013), Thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng đường tiêu hóa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai 6 tháng đầu năm 2013, Trường Đại học Y Hà Nội chủ biên.

[4] Trịnh Hồng Sơn (2013), "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày tại khoa C1, bệnh viện Việt Đức Hà Nội năm 2013".

[5] Nguyễn Thị Thúy và CS (2020-2021), "Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư dạ dày trong quá trình điều trị hóa chất tại Bệnh viện K".

[6] Nguyễn Thị Ngọc Lan (2021), "Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm kiểu gen của người bệnh ung thư dạ dày tại 4 bệnh viện ở Hà Nội. Tạp Chí Nghiên cứu Y học", tr. 147(11), 63 71.

[7] Y. Fukuda và các cộng sự. (2015), "Prevalence of Malnutrition Among Gastric Cancer Patients Undergoing Gastrectomy and Optimal Preoperative Nutritional Support for Preventing Surgical Site Infections", Ann Surg Oncol. 22 Suppl 3, tr. S778-85.

[8] I. Deftereos và các cộng sự. (2020), "A systematic review of the effect of preoperative nutrition support on nutritional status and treatment outcomes in upper gastrointestinal cancer resection", Eur J Surg Oncol. 46(8), tr.1423-1434.

[9] Nguyễn Tuấn Anh (2014), "Hiệu quả nuôi ăn sớm sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Quân Y 103.".

[10] F. D Ottery, McCallum, P. D, và Polisena, C.G (2000), "Patient generated subjective global assessment", 11-23