

ventilated and non-ventilated patients. PLOS ONE, 13(1): e0191721.

7. **Leoni D, Rello J.** (2017). Severe community-acquired pneumonia: optimal management. *Curr Opin Infect Dis*, 30(2): 240-247.

8. **Sligl WI, Marrie TJ.** (2013). Severe Community-Acquired Pneumonia. *Crit Care Clin*, 29(3): 563-601.

## TÌNH HÌNH MẮC UNG THƯ LƯỠI – SÀN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI TRONG GIAI ĐOẠN 2023-2025

Nguyễn Hồng Nhung<sup>1</sup>, Phạm Thái Sơn<sup>1</sup>, Ngô Gia Phi Vũ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ung thư lưỡi sàn miệng tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội giai đoạn 2023-2025. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân ung thư lưỡi – sàn miệng tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội trong giai đoạn 2023-2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56,4 tuổi; tỷ số nam/nữ 2/1; Triệu chứng loét và đau chiếm 56,67%, chảy máu chiếm 20%; U bờ lưỡi 50%, u sàn miệng 36,7%; Thời gian nhập viện từ lúc phát hiện triệu chứng dưới 3 tháng chiếm 56,66%; Ung thư biểu mô tế bào vảy 86,67% còn lại là ung thư biểu mô dạng tuyến và ung thư biểu mô nhầy; **Kết luận:** Ung thư lưỡi sàn miệng được ghi nhận ở cả hai giới với tỷ lệ cao hơn ở nam giới. Bệnh nhân thường ở trong độ tuổi trung niên hoặc cao tuổi nhưng đang có xu hướng trẻ hóa. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ không còn được ghi nhận ở mức cao khi chế độ và tập quán sinh hoạt tại Việt Nam ngày càng thay đổi. Triệu chứng ung thư lưỡi sàn miệng ở giai đoạn sớm khó phát hiện trong khi các triệu chứng như loét và đau phổ biến nhất. Phần lớn các bệnh nhân đến viện dưới 3 tháng sau khi phát hiện triệu chứng cho thấy hiệu quả của việc nâng cao nhận thức bệnh nhân. Ung thư biểu mô tế bào vảy tại bờ lưỡi là phổ biến nhất. **Từ khóa:** ung thư lưỡi sàn miệng, ung thư khoang miệng, dịch tễ

### SUMMARY

#### THE STATUS OF TONGUE AND FLOOR CANCER AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY IN HANOI DURING THE PERIOD OF 2023-2025

**Objective:** To describe the epidemiological and clinical characteristics of tongue and floor of mouth cancer at the National Hospital of Odonto-Stomatology in Hanoi during the period of 2023-2025. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional retrospective study was conducted on patients with tongue and floor of mouth cancer at the National Hospital of Odonto-Stomatology in Hanoi from 2023-

2025. **Results:** The average age was 56.4 years; the male/female ratio was 2/1; ulcer and pain accounted for 56.67% of symptoms, and bleeding accounted for 20%; Tongue border tumors accounted for 50%, and floor of mouth tumors accounted for 36.7%; The time from symptom onset to hospitalization was less than 3 months in 56.66% of cases; Squamous cell carcinoma accounted for 86.67%, with the remainder being adenoid cystic carcinoma and mucoepidermoid carcinoma. **Conclusion:** Tongue and floor of mouth cancer is observed in both sexes with a higher rate in males. Patients are often middle-aged or elderly, but there is a trend toward younger ages. The rate of risk factors is no longer recorded at a high level as living habits and practices in Vietnam are increasingly changing. Early-stage symptoms of tongue and floor of mouth cancer are difficult to detect, while symptoms such as ulceration and pain are most common. The majority of patients come to the hospital within 3 months after symptom detection, showing the effectiveness of raising patient awareness. Squamous cell carcinoma at the tongue border is the most common.

**Keywords:** tongue and floor of mouth cancer, oral cavity cancer, epidemiology

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi là tổn thương ác tính nguyên phát tại lưỡi và là một trong các loại ung thư khoang miệng thường gặp nhất trên thế giới. Số liệu thống kê cho thấy ung thư khoang miệng là 1 trong 10 loại ung thư thường gặp nhất với số ca mắc mới hàng năm chiếm 354 864 ca [1]. Tại Việt Nam, trong giai đoạn từ năm 2015 đến 2019, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội đã phát hiện 628 ca ung thư lưỡi và sàn miệng trong tổng số 11.738 bệnh nhân, với tỷ lệ mắc là 5,35%. Trung bình mỗi năm có 125,6 ca ung thư lưỡi và sàn miệng mới được chẩn đoán [2]. Triệu chứng cơ năng của ung thư lưỡi thường không rõ ràng và dễ bị bỏ qua. Do đó, bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn ảnh hưởng xấu tới tiên lượng điều trị và hồi phục. Trong nghiên cứu này, chúng tôi mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng ung thư lưỡi- sàn miệng tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội trong giai đoạn 2023-2025.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2025

Ngày duyệt bài: 14.8.2025

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 1/2025 đến tháng 6/2025.

### 2.2. Địa điểm nghiên cứu

- Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội
- Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội

**2.3. Đối tượng nghiên cứu.** Hồ sơ bệnh án các bệnh nhân được điều trị ung thư lưỡi sàn miệng tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, bệnh viện Răng hàm mặt Trung Ương Hà Nội trong giai đoạn 2023-2025.

#### ➤ **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Hồ sơ bệnh án bệnh nhân được chẩn đoán ung thư lưỡi - sàn miệng điều trị tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội trong giai đoạn từ 01/01/ 2023 – 15/05/2025.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin chi tiết về đặc điểm lâm sàng, phương pháp điều trị, và kết quả ban đầu.

- Các bệnh án được bệnh viện cho phép khảo sát.

#### ➤ **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Hồ sơ bệnh không đầy đủ, không rõ ràng thông tin.

- Hồ sơ bệnh án bệnh nhân được chẩn đoán các bệnh lý khác ngoài ung thư lưỡi sàn miệng tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội trong giai đoạn từ 01/01/ 2023 – 15/05/2025.

## 2.4. Phương pháp nghiên cứu

### 2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu, nhằm xác định đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ung thư lưỡi – sàn miệng.

- Phân tích dữ liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

**2.4.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu.** Chúng tôi lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư lưỡi – sàn miệng tới khám và điều trị tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, BV RHM TƯ HN trong giai đoạn 01/01/ 2023 – 15/05/2025. Trong đó chúng tôi thu nhận được tất cả 30 hồ sơ bệnh án.

### 2.4.3. Công cụ thu thập thông tin

Hồi cứu: Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án bao gồm:

- Thông tin cá nhân: Tuổi, giới tính, trình độ học vấn ...
- Đặc điểm lâm sàng: Vị trí tổn thương, đặc

điểm u và hạch trước điều trị,

- Cận lâm sàng: Kết quả sinh thiết, chẩn đoán hình ảnh.

- Phương pháp điều trị: Phẫu thuật, xạ trị, hóa trị.

- Tình trạng hiện tại: Sống, tái phát, tử vong

### 2.4.4. Phương pháp xử lý & phân tích số liệu

- Thống kê mô tả: Tính tần suất, tỷ lệ, trung bình các biến số định tính như độ tuổi, tỷ lệ giới tính.

- Thống kê phân tích: Xác định mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ và tình trạng bệnh

- Trình bày kết quả bằng bảng, biểu đồ.

### 2.5. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu.

Số liệu sau khi được thu thập sẽ được nhập vào máy tính. Các thống kê mô tả và thống kê suy luận được thực hiện. Thống kê mô tả biến định lượng bao gồm trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn; thống kê mô tả biến định tính bao gồm tỷ lệ phần trăm. Thống kê suy luận cho biến định lượng được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm.

**2.6. Sai số và cách khắc phục.** Sai số do thu thập thông tin. Biện pháp khắc phục: Tiến hành nghiên cứu thử để rút kinh nghiệm trước khi đưa vào nghiên cứu chính thức. Các thông tin nghiên cứu được kiểm tra lại sau khi kết thúc mỗi trường hợp nghiên cứu để có thể bổ sung kịp thời.

### 2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu nhằm mục đích làm nguồn tư liệu phục vụ nghiên cứu khóa luận của bản thân và là tài liệu tham khảo cho các sinh viên của Trường Đại Học Y Dược, ĐHQGHN trong quá trình đào tạo và nghiên cứu khoa học.

- Nghiên cứu có sự đồng ý của cơ sở nghiên cứu và sự tham gia tự nguyện của đối tượng nghiên cứu.

- Trước khi tham gia, đối tượng nghiên cứu được cung cấp rõ ràng, đầy đủ thông tin liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

- Đối tượng có quyền từ chối hoặc rút lui khi tham gia nghiên cứu.

- Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật.

- Trung thực trong xử lý số liệu

- Đảm bảo trích dẫn chính xác về nguồn tài liệu tham khảo.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Số lượng bệnh nhân nam mắc ung thư lưỡi sàn miệng chiếm 66.67% trong tổng số bệnh nhân; số lượng bệnh nhân nữ là 10 bệnh nhân, chiếm 33.33% tổng số. Tỷ lệ mắc bệnh

giữa bệnh nhân nam trên bệnh nhân nữ tương đương 2/1.

Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 26 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 92 tuổi, trung bình 56.4 tuổi. Bệnh nhân dưới 50 tuổi chiếm 30%, độ tuổi 50 trở lên đến 70 chiếm 60%, và độ tuổi trên 70 chiếm 10%.

### 3.2. Liên quan đến các yếu tố nguy cơ

**Bảng 1. Liên quan yếu tố nguy cơ**

Các yếu tố nguy cơ	Bệnh nhân		Tổng (tỷ lệ)
	Nam (n=20)	Nữ (n=10)	
Hút thuốc	0	0	0
Uống rượu	3	0	3(10%)
Hút thuốc + uống rượu	0	0	0
Nhai trà	0	0	0
Không sử dụng thuốc lá, rượu bia	17	10	27(90%)
Tổng	20(100%)	10(100%)	

Hầu hết bệnh nhân đều không hút thuốc, rượu bia hay nhai trà. Chỉ có 3 bệnh nhân nam trong số 20 bệnh nhân nam có tiền sử nghiện rượu (chiếm 15%).

### 3.3. Đặc điểm về các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng (n=30)**

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nổi u, sưng to, sưng phồng	16	53.33%
Vết loét tại lưỡi	17	56.67%
Nuốt vướng, nuốt đau Ăn nhai, phát âm khó khăn	6	20%
Đau tại vùng cổ u	17	56.67%
Chảy máu	8	26.67%

Đau tại vùng cổ u; nổi u sưng to; vết loét tại lưỡi là những dấu hiệu bất thường sớm làm bệnh nhân chú ý, chiếm trong khoảng 53.33% - 56.67% trong số các bệnh nhân. Chảy máu cũng làm bệnh nhân khó chịu, chiếm 20%. Một số ít bệnh nhân nuốt vướng đau (6%)

### 3.4. Đặc điểm về vị trí khối u theo giải phẫu vùng lưỡi – sàn miệng

**Bảng 3. Vị trí khối u (n=30)**

Vị trí khối u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Vùng bờ lưỡi	15	50%
Vùng sàn miệng dưới lưỡi	11	36.7%
Vùng gốc lưỡi	2	6.7%
Vùng bụng lưỡi	2	6.7%

Phần lớn bệnh nhân có khối u ở vị trí vùng bờ lưỡi (50%) và ở vùng sàn miệng dưới lưỡi (36.7%). Vùng gốc lưỡi, bụng lưỡi cũng là những vùng có khối u.

### 3.5. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

**Bảng 4. Thời gian đến viện của bệnh nhân (n=30)**

Thời gian đến viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 3 tháng	17	56.67%
3-<6 tháng	7	23.33%
<6-<9 tháng	5	16.67%
>9 tháng	1	3.33%

Phần lớn bệnh nhân đều có triệu chứng đầu tiên trong thời gian dưới 3 tháng trước khi nhập viện, chiếm tỷ lệ 56.66%. Từ 3 đến 6 tháng có 7 bệnh nhân (23.33%), từ 6 đến 9 tháng có 5 bệnh nhân (16.67%), trên 9 tháng có 1 bệnh nhân (3.33%).

### 3.6. Đặc điểm giải phẫu bệnh

**Bảng 5. Phân loại ung thư theo giải phẫu bệnh (n=30)**

Giải phẫu bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô tế bào vảy (Squamous cell carcinoma)	26	86.67%
Ung thư biểu mô bọc dạng tuyến (Adenoid cystic carcinoma)	3	10%
Ung thư biểu mô nhầy biểu bì (Mucoepidermoid carcinoma)	1	3.33%

Hầu hết các bệnh nhân ung thư đều có giải phẫu bệnh là "Ung thư biểu mô tế bào vảy, chiếm 26 trên tổng số 30 bệnh ung thư, còn lại là 3 ca ung thư biểu mô bọc dạng tuyến và 1 ca ung thư biểu mô nhầy biểu bì

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm dịch tễ.** Nghiên cứu ghi nhận tổng số 30 bệnh nhân chẩn đoán ung thư lưỡi- sàn miệng điều trị tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội trong giai đoạn 2023-2025. Về dịch tễ học, độ tuổi trung bình đóng vai trò quan trọng trong chỉ định điều trị và tiên lượng bệnh [3]. Một nghiên cứu thực hiện trên bệnh nhân tại Hoa Kỳ cho thấy độ tuổi trung bình mắc ung thư khoang miệng là 64 tuổi với chỉ hơn 20% được chẩn đoán dưới 55 tuổi [4]. Các loạt bài báo trước đây cho thấy độ tuổi trung bình trong khoảng 60-65 tuổi. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy xu hướng trẻ hóa khi tỷ lệ bệnh nhân dưới 45 tuổi ngày càng tăng [5]. Trong nghiên cứu này, độ tuổi trong khoảng 26 đến 92 tuổi với độ tuổi trung bình là 56,4 tuổi. Trong đó, nhóm từ 50-70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (60%). Nhóm dưới 50 tuổi và trên 70 tuổi lần lượt chiếm 30% và 10%. Kết quả cho thấy ung thư lưỡi-sàn miệng chủ yếu gặp ở lứa tuổi

trung niên tới cao tuổi. Dù vậy, xu hướng trẻ hóa bệnh nhân có thể nhận thấy được khi tỷ lệ bệnh nhân dưới 50 tuổi chiếm tỷ lệ đáng kể.

Trong quá khứ, tỷ lệ mắc ung thư lưỡi sàn miệng ở nam luôn cao hơn ở nữ, với tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 7/1. Dù vậy, khoảng cách này dần bị thu hẹp khi trong những năm gần đây, tỷ lệ nam/nữ chỉ còn 2/1 tùy vào quần thể. Theo GLOBOCAN 2022, tỷ lệ mắc ung thư khoang miệng ở nam giới tại Việt Nam là 3,4 trên 100,000 dân trong khi nữ giới là 0,8 trên 100,000 dân [6]. Một nghiên cứu dịch tễ tại Mỹ năm 2018 cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,40:1 [7]. Trong khi đó, nghiên cứu năm 2020 tại Ấn Độ cho tỷ lệ 3/1 [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Kết quả này phù hợp với những số liệu toàn cầu. Tỷ lệ giới tính ngày càng bị thu hẹp có thể do sự thay đổi thói quen khi ngày càng nhiều nữ giới hút thuốc, một thói quen vốn được thực hành bởi nam giới nhiều hơn.

Các yếu tố nguy cơ thường gặp nhất của ung thư lưỡi sàn miệng là hút thuốc, uống rượu và nhai trầu. Các bằng chứng ủng hộ được thu thập qua các nghiên cứu từ Tổ chức Nghiên cứu Quốc tế về Ung thư (IARC). Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, 100% bệnh nhân không có tiền sử hút thuốc và nhai trầu và chỉ 10% bệnh nhân có tiền sử sử dụng rượu. Tỷ lệ trên có thể được lý giải bằng tập tục ăn uống và sinh hoạt tại Việt Nam thay đổi đáng kể khi thế hệ trung niên và cao tuổi không còn giữ tập tục ăn trầu. Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ khác ít được khai thác trên lâm sàng.

Về lâm sàng, các triệu chứng ung thư lưỡi sàn miệng giai đoạn khởi phát hay giai đoạn sớm thường mờ nhạt, dễ bị bệnh nhân bỏ qua. Warnakulasuriya và cộng sự (2009) cho rằng các triệu chứng ban đầu của ung thư khoang miệng thường bị xem nhẹ hoặc nhầm lẫn với viêm loét miệng thông thường, dẫn đến việc trì hoãn khám bệnh. Vì vậy, bệnh nhân thường đến viện với những triệu chứng của giai đoạn toàn phát hay giai đoạn muộn ảnh hưởng tới chức năng và sinh hoạt hàng ngày. Trong đó, triệu chứng đau và loét dai dẳng được xem là các triệu chứng điển hình của giai đoạn toàn phát. Theo Lâm Đức Hoàng và cộng sự (2022) thực hiện hồi cứu trên 192 bệnh án cho thấy tỷ lệ loét kéo dài chiếm 87% trong khi đau chiếm 28%. Các triệu chứng khác như khó nuốt, chảy máu cũng được thống kê chiếm tỷ lệ nhỏ hơn 10% [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ loét kèm theo đau chiếm 56,67%, chảy máu và khó nuốt, khó nói lẫn lộn chiếm 26,67% và 20%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các

triệu chứng của giai đoạn toàn phát được ghi nhận trong y văn. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng bệnh nhân đến viện vẫn còn muộn, với 43,33% bệnh nhân đến khám sau hơn 3 tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Theo nghiên cứu của Sankaranarayanan và cộng sự tại Ấn Độ, thời gian trung bình từ khởi phát triệu chứng đến khi điều trị là khoảng 4 tháng, và hơn 70% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III-IV [10]. Về vị trí tổn thương, bờ lưỡi là khu vực được cấp máu và dẫn lưu bạch huyết phong phú, làm tăng nguy cơ thâm nhiễm sâu. Nghiên cứu của Lâm Đức Hoàng (2022) cho thấy u bờ lưỡi chủ yếu khi chiếm 83% trong khi tỷ lệ tổn thương chóp lưỡi, bụng lưỡi và lưng lưỡi nhỏ hơn 5% [9]. Các kết quả trên tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi khi vị trí tổn thương ghi nhận chủ yếu tại bờ lưỡi chiếm 50% và sàn miệng chiếm 36,7%. Về giải phẫu bệnh, ung thư lưỡi sàn miệng thường gặp chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào vảy. Các loạt nghiên cứu về ung thư lưỡi sàn miệng vẫn hướng tới ung thư biểu mô tế bào vảy với số lượng áp đảo. Các thể ung thư khác như ung thư tuyến hay ung thư biểu mô nhầy cũng được nghiên cứu tuy nhiên số lượng không nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm 86,67% hoàn toàn phù hợp với các số liệu thống kê trong nước và trên thế giới.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư lưỡi sàn miệng được ghi nhận ở cả hai giới với tỷ lệ cao hơn ở nam giới. Bệnh nhân thường ở trong độ tuổi trung niên hoặc cao tuổi nhưng đang có xu hướng trẻ hóa. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ không còn được ghi nhận ở mức cao khi chế độ và tập quán sinh hoạt tại Việt Nam ngày càng thay đổi. Triệu chứng ung thư lưỡi sàn miệng ở giai đoạn sớm khó phát hiện trong khi các triệu chứng như loét và đau phổ biến nhất. Phần lớn các bệnh nhân đến viện dưới 3 tháng sau khi phát hiện triệu chứng cho thấy hiệu quả của việc nâng cao nhận thức bệnh nhân. Ung thư biểu mô tế bào vảy tại bờ lưỡi là phổ biến nhất. Có thể nói, ung thư lưỡi sàn miệng là bệnh lý ung thư thường gặp, cần được điều trị sớm nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray**, "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries," CA: A Cancer Journal for Clinicians vol. 68, no. 6, pp. 394-424, 2018.
2. **Nguyễn Hồng Nhung and Lê Văn Sơn**, "Tình hình ung thư khoang miệng tại bệnh viện Răng

- Hàm Mặt TW Hà Nội giai đoạn 2015-2019," Tạp chí Y học Việt Nam vol. 488 pp. 61-64 2020
3. **Jamie R Oliver**, "Survival of oral tongue squamous cell carcinoma in young adults," Head and Neck, vol. 41 no. 9 pp. 2960-2968 2019
  4. **American Cancer Society**. Key Statistics for Oral Cavity and Oropharyngeal Cancers 2025
  5. **Aisha A Hussein, Marco N Helder, and Jan G de Visscher** "Global incidence of oral and oropharynx cancer in patients younger than 45 years versus older patients: A systematic review," European journal of cancer, vol. 82 pp. 115-127 2017
  6. **International Agency for Research on Cancer**. World (GLOBOCAN 2022).
  7. **Laith Mukdad**, "Oral tongue squamous cell carcinoma survival as stratified by age and sex: A surveillance, epidemiology, and end results analysis," laryngoscope vol. 129, no. 9 pp. 2076-2081 2019
  8. **R Katna, B Bhosale, A Deshpande, and N Kalyani**, "Oncological outcomes in patients undergoing major glossectomy for advanced carcinoma of the oral tongue," Annals of the Royal College of Surgeons of England, vol. 102 no. 7 pp. 514-518 2020
  9. **Lâm Đức Hoàng, Đặng Huy Quốc Thịnh, Trần Lan Phương, and Nguyễn Thị Bích Hiền**, "Đánh giá kết quả ban đầu xạ trị trong mô điều trị ung thư lưỡi di động giai đoạn I, II và III," Journal of 108-Clinical medicine and Pharmacy vol. 17 no. 5 2022
  10. **Sankaranarayanan R, et al**. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2005;365(9475):1927-1933

## GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM H3B2 TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN KHÔNG DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Sour Proseth<sup>1</sup>, Dương Quang Huy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của thang điểm H3B2 trong tiên lượng tái chảy máu và tử vong nội viên ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa (CMTH) trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMC). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 254 bệnh nhân CMTH trên không do TALTMC tại khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện Quân y 103. Tính điểm H3B2 và đối chiếu với tỷ lệ tái chảy máu và tử vong trong thời gian bệnh nhân nằm viện. **Kết quả:** Thang điểm H3B2 có giá trị tốt trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu nội viên (AUC = 0,83; 95%CI: 0,73 - 0,93; p < 0,001), tại điểm cắt 4,5 có độ nhạy 78,6%, độ đặc hiệu 81,7% và giá trị dự báo âm 98,4%. Trong tiên lượng nguy cơ tử vong nội viên, thang điểm H3B2 chỉ đạt giá trị mức khá với AUC = 0,71; 95%CI: 0,60 - 0,82; p = 0,002. Tại cùng điểm cắt 4,5 đạt độ nhạy 55,0%, độ đặc hiệu 81,2% và giá trị dự báo âm 95,4%. **Kết luận:** H3B2 là thang điểm có giá trị tốt trong tiên lượng CMTH trên không do TALTMC.

**Từ khóa:** Thang điểm H3B2, chảy máu tiêu hóa không do TALTMC.

### SUMMARY

#### VALUE OF H3B2 SCORE IN PROGNOSIS OF NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

**Objective:** To evaluate the value of the H3B2 score in predicting rebleeding and in-hospital mortality in patients with non-variceal upper gastrointestinal

bleeding (GIB). **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study on 254 patients with GIB not due to portal hypertension at the Department of Gastroenterology - Military Hospital 103. Calculate the H3B2 score and compare it with the rate of rebleeding and mortality during the patient's hospital stay. **Results:** The H3B2 score has good value in predicting the risk of in-hospital rebleeding (AUC = 0.83; 95%CI: 0.73-0.93; p < 0.001), at the cut-off point of 4.5, the sensitivity was 78.6%, the specificity was 81.7% and the negative predictive value was 98.4%. In predicting in-hospital mortality, the H3B2 score only achieved a moderate value with AUC = 0.71; 95%CI: 0.60-0.82; p = 0.002. At the same cut-off point of 4.5, the sensitivity was 55.0%, the specificity was 81.2% and the negative predictive value was 95.4%. **Conclusion:** H3B2 is a score with good value in prognosis of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. **Keywords:** H3B2 score, non-variceal gastrointestinal bleeding.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiêu hoá (CMTH) trên, trong đó 80-90% là CMTH không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMC) là một cấp cứu y khoa thường gặp nhất, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị như sử dụng phác đồ ức chế tiết acid dịch vị liều cao, cầm máu qua nội soi và can thiệp mạch nhưng tỷ lệ tử vong do CMTH trên vẫn chưa thuyên giảm trong nhiều thập kỷ qua, dao động ở mức 3-14% [1], [2]. Do đó, việc phân tầng sớm nguy cơ để quản lý, tiên lượng và có thái độ điều trị phù hợp, trong đó can thiệp cầm máu sớm là đặc biệt quan trọng. Tuy nhiên, vấn đề tiên lượng CMTH còn khó

<sup>1</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Huy

Email: huyduonghvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025