

đến, trong đó có những trường hợp nặng với tiên lượng xấu ngay từ lúc nhập viện. Vì vậy, kết cục thu được của chúng tôi có phần xấu hơn các nghiên cứu này.

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy các yếu tố như hút thuốc lá, phân suất tổng máu thất trái, điểm Gensini và điểm GRACE đều liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch nội viện ($p < 0,05$). Tuy nhiên, trong phân tích hồi quy đa biến, chỉ có điểm GRACE là yếu tố tiên lượng độc lập ($p < 0,001$). Với điểm cắt ≥ 89 , GRACE đạt độ nhạy 73,3%, độ đặc hiệu 97,1%, giá trị tiên đoán dương 78,6% và giá trị tiên đoán âm 96,2%. Điều này cho thấy thang điểm GRACE vẫn giữ giá trị tiên lượng ở nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp trẻ tuổi.

Hạn chế: Nghiên cứu có thiết kế hồi cứu, thời gian theo dõi ngắn hạn nên chưa đánh giá được mối liên quan lâu dài giữa các yếu tố và biến cố. Ngoài ra, nghiên cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu hạn chế nên chưa đại diện cho dân số Việt Nam. Cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn để khẳng định kết quả.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi, hội chứng vành cấp trên bệnh nhân trẻ tuổi thường đa số xảy ra ở nam giới. Đa phần bệnh nhân có phân độ Killip I trên lâm sàng, thường gặp thể STEMI và thường là bệnh lý 1 nhánh mạch vành. Thang điểm GRACE là yếu tố tiên đoán kết cục biến cố tim mạch chính nội viện tốt với điểm cắt ≥ 89 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zanchin C, Ledwoch S, Bär S, et al.** Acute coronary syndromes in young patients: Phenotypes, causes and clinical outcomes following percutaneous coronary interventions.

- International journal of cardiology. Mar 1 2022;350:1-8. doi:10.1016/j.ijcard.2022.01.018
2. **Revaiah PC, Vemuri KS, Vijayvergiya R, et al.** Epidemiological and clinical profile, management and outcomes of young patients (≤ 40 years) with acute coronary syndrome: A single tertiary care center study. Indian Heart Journal. 2021/05/01/ 2021;73(3):295-300. doi: https://doi.org/10.1016/j.ihj.2021.01.015
3. **P T, M G, M G, et al.** In-hospital and 12-month outcomes after acute coronary syndrome treatment in patients aged < 40 years of age (from the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes). The American journal of cardiology. Jul 15 2014;114(2): 175-80. doi:10.1016/j.amjcard.2014.04.024
4. **Minh HV, Binh HA, Anh DT.** Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành cấp dưới 40 tuổi. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2020;10(2):26-32.
5. **Quang Vũ N, Văn Truyền N.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp dưới 40 tuổi. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 05/31 2023; (59):33-38. doi:10.58490/ctump.2023i59.1622
6. **B R, E C, Z V, et al.** Acute Coronary Syndrome: The Risk to Young Women. Journal of the American Heart Association. Dec 22 2017;6(12): e007519. doi:10.1161/jaha.117.007519
7. **A W, A S, D B, H S, A M, P N.** Clinical & angiographic profile of young patients (< 40 years) with acute coronary syndrome. Journal of Indian College of Cardiology. 2014;4(2):95-100. doi:10.1016/j.jicc.2014.02.009
8. **P P, K S, I A-Z, S A.** Acute coronary syndrome in young adults from oman: results from the gulf registry of acute coronary events. Heart Views. Oct 2010;11(3): 93-8. doi:10.4103/1995-705x.76799
9. **N V, J A.** Clinical and Angiographic Profile of Acute Coronary Syndrome Patients (< 40 Years) and Short-Term Prognosis: A Cross-Sectional Study. Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences. 2021;7(3):225-229.

ĐÁNH GIÁ DIỄN BIẾN RỐI LOẠN NUỐT SAU PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ KHOANG MIỆNG VÀ HỌNG MIỆNG

Nguyễn Thị Hồng Loan¹, Võ Tấn Đức^{1,2}, Lý Xuân Quang^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật ung thư khoang miệng và họng miệng thường gây ra rối loạn nuốt, ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

của bệnh nhân. Việc đánh giá rối loạn nuốt sau phẫu thuật là cần thiết trong việc tư vấn bệnh nhân trước phẫu thuật và có kế hoạch can thiệp hiệu quả. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm (1) đánh giá thời gian từ lúc phẫu thuật đến lúc bệnh nhân ăn uống hoàn toàn qua đường miệng (TFOI), và (2) đánh giá diễn biến của rối loạn nuốt bằng điểm EAT-10 ở thời điểm 1 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật, phân tích theo giai đoạn u, vị trí khối u và điều trị bổ sung sau phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu được thực hiện trên 57 bệnh nhân ung thư khoang miệng và ung thư họng miệng sau phẫu thuật. Dữ liệu về TFOI và điểm EAT-10 được thu thập tại 1 tháng và

12 tháng. Các phân tích thống kê bao gồm kiểm định Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, Wilcoxon Signed-Rank và Repeated Measures ANOVA. **Kết quả:** TFOI trung vị dài hơn đáng kể theo giai đoạn khối u, và ở bệnh nhân có nạo hạch cổ hai bên. Điểm EAT-10 trung bình cải thiện đáng kể từ 1 tháng đến 12 tháng sau phẫu thuật. Bệnh nhân ở giai đoạn u tiên triển có mức độ rối loạn nuốt nặng hơn. Quan trọng nhất, mô hình thay đổi điểm EAT-10 theo thời gian khác nhau đáng kể giữa các nhóm điều trị bổ sung; nhóm không điều trị bổ sung có sự phục hồi tốt nhất, trong khi nhóm xạ trị bổ sung cho thấy tình trạng khó nuốt dai dẳng và ít cải thiện. **Kết luận:** Giai đoạn khối u và điều trị bổ sung sau phẫu thuật là những yếu tố tiên lượng quan trọng đối với rối loạn nuốt sau phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư khoang miệng và họng miệng.

Từ khóa: Ung thư khoang miệng và họng miệng, rối loạn nuốt, EAT-10, TFOI, phẫu thuật, điều

SUMMARY

ASSESSMENT OF SWALLOWING DISORDER TRAJECTORY AFTER SURGERY IN ORAL CAVITY AND OROPHARYNGEAL CANCER PATIENTS

Background: Surgery for oral cavity and oropharyngeal cancer often leads to swallowing disorders, significantly impacting patients' health and quality of life. Assessing the status of swallowing disorders post-surgery is essential for pre-operative patient counseling and effective intervention planning.

Objectives: This study aimed to (1) evaluate the time from surgery to full oral intake (TFOI), and (2) assess the trajectory of swallowing disorders using EAT-10 scores at 1 month and 12 months post-surgery, analyzed by tumor stage, tumor location, and post-operative adjuvant treatment. **Methods:** A prospective cohort study was conducted on 57 oral cavity and oropharyngeal cancer patients after surgery. Data on TFOI and EAT-10 scores were collected at 1 month and 12 months. Statistical analyses included Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Wilcoxon Signed-Rank test, and Repeated Measures ANOVA. **Results:** Median TFOI was significantly longer in patients with larger T stage tumors and in those who underwent bilateral neck dissection. Mean EAT-10 scores significantly improved from 1 month to 12 months post-surgery. Patients with advanced tumor stage exhibited higher dysphagia severity. Importantly, the pattern of EAT-10 score change over time significantly differed among adjuvant treatment groups; the non-adjuvant group showed the best recovery, while the adjuvant radiotherapy group demonstrated persistent dysphagia with minimal improvement. **Conclusion:** Tumor stage and post-operative adjuvant treatment are crucial prognostic factors for swallowing function recovery after surgery in patients with oral cavity and oropharyngeal cancer.

Keywords: Oral cavity and oropharyngeal cancer, swallowing disorders, EAT-10, TFOI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư khoang miệng và ung thư họng miệng là một trong những loại ung thư phổ biến trên toàn thế giới, với tỷ lệ mắc bệnh đang gia

tăng. Phẫu thuật là một trong những mô thức điều trị chủ yếu đối với các loại ung thư này, có thể kết hợp với xạ trị, hóa xạ trị bổ sung sau phẫu thuật. Mục tiêu chính của điều trị là đạt được kiểm soát ung thư đồng thời bảo tồn tối đa chức năng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [1].

Tuy nhiên, do vị trí giải phẫu phức tạp và liên quan đến các cấu trúc chính tham gia vào quá trình nuốt, rối loạn nuốt (RLN) là một trong những vấn đề phổ biến và ảnh hưởng nghiêm trọng đến bệnh nhân ung thư khoang miệng và họng miệng sau phẫu thuật, với tỷ lệ hiện mắc được báo cáo dao động từ 40% đến 80%. RLN không chỉ gây ra các vấn đề về thể chất như suy dinh dưỡng, mất nước và viêm phổi hít (có thể dẫn đến tử vong), mà còn ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng cuộc sống, gây lo âu, trầm cảm, và hạn chế các hoạt động xã hội của bệnh nhân. Tình trạng RLN thường dai dẳng, kéo dài nhiều tháng hoặc thậm chí nhiều năm sau khi hoàn thành điều trị [2].

Để đánh giá toàn diện tình trạng RLN, cần kết hợp cả các thước đo khách quan và chủ quan. Thời gian trung vị đến ăn uống hoàn toàn qua đường miệng (Time to Full Oral Intake - TFOI) là một chỉ số khách quan quan trọng, phản ánh khả năng phục hồi chức năng nuốt thực tế của bệnh nhân. Bên cạnh đó, công cụ đánh giá khả năng ăn uống - 10 câu hỏi (Eating Assessment Tool - EAT-10) là một công cụ đánh giá mức độ nghiêm trọng của RLN từ góc độ chủ quan của bệnh nhân. EAT-10 được thiết kế để sàng lọc nhanh chóng, thực tế và đã được xác nhận giá trị, độ tin cậy cao trong nhiều quần thể, bao gồm cả bệnh nhân ung thư đầu cổ. Tổng điểm EAT-10 dao động từ 0 đến 40, điểm càng lớn thể hiện mức độ RLN càng nghiêm trọng, với điểm từ 3 trở lên thường được coi là dấu hiệu của RLN cần được đánh giá thêm [2].

Ở Việt Nam, hiện chỉ có một nghiên cứu về RLN ở bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư lưỡi sàn miệng [3]. Trên thế giới, mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về RLN ở bệnh nhân ung thư khoang miệng và họng miệng, việc đánh giá chi tiết diễn biến khó nuốt tự cảm nhận bằng EAT-10 tại các thời điểm cụ thể sau phẫu thuật, được phân tầng theo các yếu tố tiên lượng quan trọng như giai đoạn u, vị trí khối u và tình trạng điều trị bổ sung có giá trị để tư vấn bệnh nhân, dự đoán kết quả và định hướng các can thiệp phục hồi chức năng nuốt sau phẫu thuật.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu sau: *Đánh giá thời gian trung vị đến ăn uống hoàn toàn qua đường miệng (TFOI)*

và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư khoang miệng và ung thư họng miệng sau phẫu thuật. Đánh giá điểm EAT-10 ở thời điểm 1 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, được thực hiện tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 3 năm 2025. Tiêu chuẩn chọn bệnh bao gồm những bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào vảy của khoang miệng hoặc họng miệng bằng mô bệnh học, được trải qua phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh và tái khám đầy đủ ở hai thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 12 tháng. Bệnh nhân phải có khả năng hiểu và hợp tác trong quá trình thu thập dữ liệu. Các tiêu chí loại trừ bao gồm bệnh nhân có tiền căn RLN do các nguyên nhân bệnh lý thần kinh cơ đã được chẩn đoán; bệnh nhân có tiền căn ung thư vùng đầu cổ hoặc xạ trị vùng đầu cổ trước đó.

2.2. Thu thập dữ liệu. Các đặc điểm về dân số, vị trí khối u, giai đoạn khối u, nạo hạch cổ lúc phẫu thuật, điều trị bổ sung sau phẫu thuật được ghi nhận. Thời gian trung vị đến ăn uống hoàn toàn qua đường miệng (TFOI) là thời gian (tính bằng ngày) từ ngày phẫu thuật đến khi bệnh nhân có thể ăn uống hoàn toàn qua đường miệng mà không cần hỗ trợ dinh dưỡng qua ống nuôi ăn, được đánh giá như một thước đo khách quan về sự phục hồi chức năng nuốt sau phẫu thuật. RLN sau phẫu thuật được đánh giá bằng EAT-10 - bảng câu hỏi gồm 10 mục. Mỗi mục được bệnh nhân tự chấm điểm từ 0 ("không có vấn đề") đến 4 ("vấn đề nghiêm trọng"), cho tổng điểm từ 0 đến 40. Điểm EAT-10 được thu thập tại 1 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật.

2.3. Phân tích số liệu. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics phiên bản 20. Các phân tích thống kê bao gồm kiểm định Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, Wilcoxon Signed-Rank và Repeated Measures ANOVA. Mọi kiểm định thống kê được thực hiện với mức ý nghĩa $p < 0.05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của phê duyệt (Số phê duyệt: 727/HĐĐĐ-ĐHYD). Tất cả bệnh nhân tham gia đều được cung cấp thông tin đầy đủ về nghiên cứu và đã ký vào phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu trước khi thu thập dữ liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này được thực hiện trên 57 bệnh nhân (84.2% nam và 15.8% nữ), có độ tuổi từ 22 đến 74 tuổi, tuổi trung bình là 53.5 tuổi, với nhóm tuổi dưới 60 tuổi chiếm 68.4%. 24.6.4% bệnh nhân có bệnh lý đi kèm trước phẫu thuật (hen, COPD, đái tháo đường, lao phổi cũ). 8.8% bệnh nhân có BMI dưới 18.5 và 43.9% bệnh nhân có BMI trên 23. Trong tổng số 57 trường hợp nghiên cứu, có 68.4% ung thư khoang miệng (39/57 ung thư lưỡi – sàn miệng) và 31.6% ung thư họng miệng (12/57 ung thư amidan, 4/57 ung thư thành sau họng, 1/57 ung thư đáy lưỡi và 1/57 ung thư khẩu cái mềm)

3.1. Thời gian trung vị đến ăn uống hoàn toàn qua đường miệng (TFOI). Kết quả cho thấy giai đoạn khối u và nạo hạch cổ có ảnh hưởng đáng kể đến TFOI. TFOI trung vị tăng dần theo giai đoạn T của khối u (T1: 6 ngày, T2: 8 ngày, T3: 14 ngày, T4: 23 ngày) ($p < .001$). Bệnh nhân được nạo hạch 2 bên có TFOI trung vị dài hơn (14 ngày) so với nạo hạch 1 bên (8 ngày) ($p = .011$) (Bảng 1).

Bảng 1: Thời gian trung vị đến ăn uống hoàn toàn qua đường miệng sau phẫu thuật (TFOI) (n=57)

Yếu tố	Số lượng bệnh nhân (n)	Giá trị p
Nạo hạch cổ		
Không nạo hạch	1	0.011
Nạo hạch 1 bên	33	
Nạo hạch 2 bên	23	
Giai đoạn khối u (T)		
T1	8	0.000
T2	25	
T3	15	
T4	9	

3.2. Đánh giá rối loạn nuốt bằng công cụ EAT-10

Thay đổi tổng thể điểm EAT-10 từ 1 tháng đến 12 tháng. Kiểm định Wilcoxon Signed-Rank được sử dụng để đánh giá sự thay đổi tổng thể của điểm EAT-10 từ 1 tháng đến 12 tháng (Bảng 2).

Bảng 2: Kết quả Kiểm định Wilcoxon Signed-Rank cho sự thay đổi điểm EAT-10 (n=57)

Hạng	N	Kiểm định	Giá trị	Giá trị p (2 phía)
Điểm EAT-10 lúc 12 tháng < Điểm EAT-10 lúc 1 tháng (cải thiện)	42	Z	-3.915	<0.001
Điểm EAT-10 lúc 12 tháng > Điểm EAT-10	12			

lúc 1 tháng (xấu đi)			
Không thay đổi	3		

Kết quả cho thấy có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về điểm EAT-10 từ 1 tháng đến 12 tháng sau phẫu thuật ($Z = -3.915$, $p < .001$). Đa số bệnh nhân (42/57) cho thấy sự cải thiện về điểm EAT-10 (giảm điểm), với Mean Rank của các trường hợp cải thiện (28.49) cao hơn các trường hợp xấu đi (24.04), khẳng định xu hướng chung là cải thiện tình trạng khó nuốt tự cảm nhận theo thời gian.

3.3. Điểm EAT-10 của các nhóm tại các

Bảng 3: Điểm EAT-10 trung bình ($\pm$ ĐLCN) theo thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 12 tháng ($n=57$)

Đặc điểm	Nhóm	N	Điểm EAT-10 lúc 1 tháng (Trung bình $\pm$ ĐLCN)	Điểm EAT-10 lúc 12 tháng (Trung bình $\pm$ ĐLCN)
Vị trí khối u	Khoang miệng	39	8.72 $\pm$ 5.758	4.95 $\pm$ 4.395
	Họng miệng	18	10.06 $\pm$ 6.881	7.11 $\pm$ 6.842
Giai đoạn U	Giai đoạn sớm (T1-2)	33	6.48 $\pm$ 3.510	2.85 $\pm$ 3.768
	Giai đoạn tiến triển (T3-4)	24	12.79 $\pm$ 7.040	9.46 $\pm$ 4.782
Điều trị bổ sung	Không có	26	7.58 $\pm$ 5.900	1.92 $\pm$ 3.381
	Xạ trị bổ sung	19	9.47 $\pm$ 5.863	8.58 $\pm$ 4.168
	Hóa xạ trị bổ sung	12	12.00 $\pm$ 6.281	9.00 $\pm$ 5.477
Tổng cộng		57	9.14 $\pm$ 6.105	5.63 $\pm$ 5.324

So sánh điểm EAT-10 giữa các nhóm tại mỗi thời điểm

Bảng 4: So sánh điểm EAT-10 giữa các nhóm tại 1 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật

Yếu tố phân nhóm	Thời điểm sau phẫu thuật	Giá trị p
Giai đoạn U	1 tháng	<0.001
	12 tháng	<0.001
Vị trí khối u	1 tháng	0.704
	12 tháng	0.398
Điều trị bổ sung	1 tháng	0.043
	12 tháng	<0.001

Kết quả kiểm định Mann-Whitney U và Kruskal-Wallis H cho thấy tại cả hai thời điểm, bệnh nhân ở giai đoạn u tiến triển có mức độ RNL tự cảm nhận nặng hơn đáng kể so với giai đoạn sớm ($p < .001$). Đối với vị trí khối u, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm EAT-10 giữa khoang miệng và họng miệng tại cả 1 tháng ($p = .704$) và 12 tháng ($p = .398$). Về điều trị bổ sung, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm EAT-10 giữa các nhóm tại cả 1 tháng ($p = .043$) và 12 tháng ($p < .001$), cho thấy việc nhận điều trị bổ sung liên quan đến mức độ khó nuốt nặng hơn.

IV. BÀN LUẬN

Thời gian trung vị đến ăn uống hoàn toàn qua đường miệng (TFOI). Thời gian

thời điểm sau phẫu thuật và so sánh điểm EAT-10 giữa các nhóm tại mỗi thời điểm

Diễn biến điểm EAT-10 của các nhóm sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy bệnh nhân ung thư họng miệng và bệnh nhân ở giai đoạn u tiến triển có xu hướng có điểm EAT-10 trung bình cao hơn (tức là RNL nặng hơn) ở cả hai thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và sau phẫu thuật 12 tháng so với các nhóm đối ứng. Tương tự, các nhóm nhận điều trị bổ sung (xạ trị hoặc hóa xạ trị) có điểm EAT-10 trung bình cao hơn ở cả 2 thời điểm so với nhóm không điều trị bổ sung (Bảng 2).

trung vị đến ăn uống hoàn toàn qua đường miệng (TFOI) là một thước đo khách quan quan trọng, phản ánh khả năng phục hồi chức năng nuốt thực tế của bệnh nhân sau phẫu thuật. Kết quả của chúng tôi cho thấy TFOI kéo dài rõ rệt theo giai đoạn T của khối u, từ T1 (6 ngày) đến T4 (23 ngày). Những phát hiện này nhất quán với các tài liệu trước đây; các khối u lớn hơn hoặc ở giai đoạn muộn hơn thường đòi hỏi phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi hơn, có thể bao gồm tái tạo bằng vật tự do, dẫn đến tổn thương cấu trúc và chức năng nuốt nghiêm trọng hơn, từ đó kéo dài thời gian phục hồi [4].

Mức độ can thiệp phẫu thuật tại vùng cổ cũng đóng vai trò quan trọng trong TFOI. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng bệnh nhân được nạo hạch cổ hai bên có TFOI trung vị dài hơn (14 ngày) so với nạo hạch cổ 1 bên (7 ngày). Nạo hạch cổ rộng rãi có thể gây tổn thương các dây thần kinh sọ (ví dụ: thần kinh hạ thiệt, thần kinh lang thang) hoặc các cấu trúc mạch máu và bạch huyết quan trọng, ảnh hưởng đến sự phối hợp phức tạp của các cơ quan tham gia vào quá trình nuốt, dẫn đến phù nề và xơ hóa, từ đó kéo dài thời gian phục hồi chức năng. Một số nghiên cứu khác cũng đã ghi nhận mối liên hệ giữa nạo hạch cổ và rối loạn nuốt, mặc dù mức độ ảnh hưởng có thể khác nhau tùy theo thể tích và loại nạo hạch [5].

Diễn biến khó nuốt tự cảm nhận (EAT-10)

Xu hướng chung và ảnh hưởng của các yếu tố: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm EAT-10 trung bình giảm đáng kể từ 9.14 tại 1 tháng xuống 5.63 tại 12 tháng, với đa số bệnh nhân (42/57) cho thấy sự cải thiện. Xu hướng cải thiện chức năng nuốt tự cảm nhận theo miệng là nhất quán với các nghiên cứu khác, vốn thời gian sau điều trị ung thư khoang miệng và họng báo cáo sự cải thiện chức năng nuốt theo thời gian sau điều trị ung thư đầu cổ, mặc dù khó nuốt có thể vẫn dai dẳng ở một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân [6].

Tương tự như TFOI, giai đoạn u tiến triển liên quan đến điểm EAT-10 cao hơn (khó nuốt nặng hơn) ở cả 1 tháng và 12 tháng. Điều này củng cố vai trò của gánh nặng khối u ban đầu trong việc ảnh hưởng đến chức năng nuốt, do các khối u lớn hơn thường gây tổn thương rộng hơn hoặc đòi hỏi phẫu thuật triệt căn hơn, dẫn đến di chứng chức năng lớn hơn [4, 7].

Tác động của điều trị bổ sung lên diễn biến EAT-10. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm không điều trị bổ sung có sự cải thiện rõ rệt nhất về điểm EAT-10 (giảm từ 13.770 tại 1 tháng xuống 4.431 tại 12 tháng), phản ánh khả năng phục hồi chức năng nuốt tốt nhất. Điều này có thể do họ tránh được các tác dụng phụ tích lũy của xạ trị và hóa trị [8]. Ngược lại, nhóm xạ trị bổ sung hầu như không thay đổi điểm EAT-10 từ 1 tháng (9.079) đến 12 tháng (9.180), cho thấy tình trạng khó nuốt dai dẳng và ít cải thiện đáng kể. Nhóm hóa xạ trị bổ sung có sự cải thiện một phần (từ 10.213 xuống 6.600), nhưng điểm EAT-10 cuối cùng vẫn cao hơn đáng kể so với nhóm không điều trị bổ sung. Những kết quả này nhấn mạnh tác động tiêu cực và kéo dài của các liệu pháp bổ sung, đặc biệt là xạ trị, đối với chức năng nuốt. Khô miệng do tổn thương tuyến nước bọt trong trường hợp xạ trị có thể làm giảm khả năng tạo viên thức ăn và đẩy thức ăn, gây khó khăn khi nuốt. Xơ hóa mô có thể làm giảm độ linh hoạt và co bóp của các cơ nuốt, ảnh hưởng đến hiệu quả của quá trình nuốt [8].

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, đây là nghiên cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu tương đối nhỏ (n=57), đặc biệt đối với một số phân nhóm nhỏ như "Không nạo hạch" (n=1), có thể ảnh hưởng đến khả năng khái quát hóa kết quả. Thứ hai, mặc dù EAT-10 là công cụ tự báo cáo có giá trị và được sử dụng rộng rãi, mối tương quan của nó với các thước đo khách quan về chức năng nuốt (như FEES hoặc VFSS) có thể thay đổi theo thời gian và không phải lúc nào cũng tương đồng, nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá đa phương thức. Các nghiên cứu

trong tương lai nên được thực hiện trên cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm, với thời gian theo dõi dài hơn để xác nhận các phát hiện này và khám phá thêm các yếu tố tiên lượng khác. Việc kết hợp EAT-10 với các đánh giá khách quan như Nội soi ống mềm đánh giá nuốt (FEES) và hoặc chụp đánh giá chức năng nuốt bằng quay video có cản quang dưới X Quang tăng sáng (VFSS) sẽ cung cấp cái nhìn toàn diện hơn về chức năng nuốt và mối liên hệ giữa cảm nhận chủ quan và sinh lý khách quan

V. KẾT LUẬN

TFOI bị ảnh hưởng đáng kể bởi mức độ tiến triển của bệnh và phạm vi phẫu thuật nạo hạch cổ, với bệnh ở giai đoạn nặng hơn hoặc can thiệp rộng hơn kéo dài thời gian phục hồi chức năng nuốt khách quan. Về khó nuốt tự cảm nhận, điểm EAT-10 nhìn chung cải thiện theo thời gian, tuy nhiên, bệnh nhân ở giai đoạn u tiến triển vẫn gặp khó khăn nhiều hơn. Đặc biệt, mô hình thay đổi khó nuốt theo thời gian khác nhau rõ rệt giữa các nhóm điều trị bổ sung; nhóm không điều trị bổ sung có sự phục hồi tốt nhất, trong khi nhóm xạ trị bổ sung cho thấy tình trạng khó nuốt dai dẳng và ít cải thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fang CY, Heckman CJ.** Informational and support needs of patients with head and neck cancer: current status and emerging issues. *J Cancers of the head.* 2016;1(1):15.
2. **Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al.** Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). 2008;117(12):919-24.
3. **Nguyễn Lê Vũ Hoàng.** Huấn luyện chức năng nuốt của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt ung thư lưỡi – sàn miệng tại Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh từ năm 2020 đến năm 2021 [Luận văn Thạc Sĩ Y Học]. TP.HCM: Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh 2021.
4. **Douglas C, Hewitt L, Yabe TE, Mitchell J, Ashford B.** Quality of life impacts following surgery for advanced head and neck cancer. *World Journal of Oncology.* 2023;14(2):150.
5. **Mihaylova Z.** Dysphagia in Patients with Neck Dissections. *International Journal of Scientific Research and Management* 2019;7(8):224-36.
6. **Patterson JM, McColl E, Carding PN, Hildreth AJ, Kelly C, Wilson JA, et al.** Swallowing in the first year after chemoradiotherapy for head and neck cancer: clinician-and patient-reported outcomes. *Head neck* 2014;36(3):352-8.
7. **Kreeft AM, Molen Lvd, Hilgers FJ, Balm AJ.** Speech and swallowing after surgical treatment of advanced oral and oropharyngeal carcinoma: a systematic review of the literature. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2009; 266 (11):1687-98.

8. Bofill-Soler N, Guillen-Sola A, Marco E, Nieto-Cadalso S, Barrera MC, Pera-Cegarra O, et al. Is EAT-10 useful to assess swallowing during the chemo-radiotherapy phase in patients

with head and neck cancer? A pilot study. *Annals of Otolaryngology, Rhinology Laryngology* 2021; 130(7):689-98.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN THUYỀN TẮC PHỔI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT TẠI VIỆN TIM MẠCH BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Thị Ngát¹, Tạ Mỹ Linh², Tạ Mạnh Long³,
Tạ Mạnh Lân⁴, Nguyễn Thị Liên Hương¹, Tạ Mạnh Cường³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) TTP cấp và tìm hiểu tác động của chúng đến kết quả điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết alteplase. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu hồ sơ bệnh án của 52 BN TTP cấp từ tháng 10/2019 đến tháng 4/2025 được điều trị thuốc tiêu sợi huyết alteplase tại Viện tim mạch Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 17 BN nam và 35 BN nữ (67%), tuổi trung bình 61 ± 18 , tất cả đều có điểm sPESI ≥ 1 điểm (38% BN 2 điểm, 15% BN 3 điểm). 28 BN nguy cơ cao (53,9%), 24 BN nguy cơ trung bình-cao. 37 BN (71,2%) tiến triển tốt và xuất viện, 15 BN (28,8%) tiến triển nặng (tử vong, xin về không tiếp tục điều trị). Triệu chứng lâm sàng: khó thở (94%), đau ngực (75%), tần số tim > 100 lần/phút (73%), thở nhanh > 20 lần/phút (46%), SpO₂ $< 90\%$ (46%), huyết áp tâm thu < 90 mmHg (31%). 100% BN phải hỗ trợ hô hấp khi vào viện (65,4% thở oxy qua sonde mũi, 32,7% phải thở máy xâm nhập, 1,9% thở máy không xâm nhập). Trên điện tâm đồ, 58% BN có hình ảnh S1Q3T3, 50% sóng T đảo ngược ở các chuyển đạo trước tim. Trên siêu âm tim, 33% BN có chỉ số thất phải/thất trái > 1 và 15% phát hiện huyết khối trong buồng tim phải. 94% BN có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, 100% BN có nồng độ hs troponin T $> 0,1$ ng/mL và NT-ProBNP > 500 pg/mL. Những BN tiến triển nặng thường là những BN TTP nguy cơ cao (87%), suy hô hấp nặng khi nhập viện (SpO₂ $< 90\%$), phải thông khí nhân tạo xâm nhập (93%), tỷ số thất phải/thất trái > 1 (87%). **Kết luận:** Bệnh nhân TTP cấp được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết đều có nguy cơ cao và nguy cơ trung bình-cao. Bệnh nhân tiến triển nặng thường suy hô hấp nặng, phải thông khí nhân tạo xâm nhập, trên siêu âm tim thường tăng gánh thất phải nặng. **Từ khóa:** thuyên tắc phổi cấp, alteplase, tiêu sợi huyết.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PULMONARY EMBOLISM PATIENTS TREATED WITH THROMBOLYTIC DRUGS AT THE CARDIOVASCULAR INSTITUTE, BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To study of clinical and paraclinical characteristics of of patients with pulmonary embolism (PE) and their impact on the results of treatment with the thrombolytic drug alteplase. **Subjects and methods:** Study the medical records of 52 pts with acute PE from October 2019 to April 2025 treated with alteplase thrombolytic drug at the Cardiovascular Institute, Bach Mai Hospital. **Results:** 17 male and 35 female pts (67%) with an average age of 61 ± 18 years, all had an sPESI score ≥ 1 point (38% of pts had 2 points, 15% of pts had 3 points). 28 pts were at high risk (53.9%), 24 pts were at medium-high risk. 37 pts (71.2%) had good progress and were discharged, 15 pts (28.8%) had severe progress (died, untreatable due to severity). The most common clinical symptoms were dyspnea (94%), chest pain (75%), tachycardia > 100 beats/minute (73%), rapid breathing > 20 /minute (46%), SpO₂ $< 90\%$ (46%), systolic blood pressure < 90 mmHg (31%). 100% of pts required respiratory support upon admission (65.4% received oxygen via nasal cannula, 32.7% required invasive mechanical ventilation, 1.9% required non-invasive mechanical ventilation). On electrocardiogram, 58% of pts had S1Q3T3 pattern, 50% had inverted T waves in the precordial leads. On echocardiogram, 33% of pts had right ventricular/left ventricular ratio > 1 and 15% had thrombus detected in the right heart chamber. 94% of pts had deep vein thrombosis of the lower extremities. 100% of pts had hs troponin T > 0.1 ng/mL and NT-ProBNP > 500 pg/mL. Patients with severe progression were often high-risk PE pts (87%), severe respiratory failure on admission (SpO₂ $< 90\%$), requiring invasive mechanical ventilation (93%), and the right ventricle/left ventricle ratio > 1 (87%). **Conclusion:** Patients with acute PE treated with thrombolytics were both high-risk and intermediate-high risk. Patients with severe progression were often severe respiratory failure, requiring invasive mechanical ventilation, and had severe right ventricular hypertrophy on echocardiography. **Keywords:** acute pulmonary embolism, alteplase, thrombolytics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc phổi (TTP) là sự tắc nghẽn cấp

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Medicine Optimisation Department, Devon Partnership NHS Trust, Exeter, United Kingdom

³Viện Tim Mạch Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trung tâm đánh giá tương đương sinh học Viện Kiểm nghiệm thuốc Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Mạnh Cường

Email: tamanhcuong@cardionet.vn

Ngày nhận bài: 18.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025