

Các yếu tố không có liên quan thống kê với tử vong trong nghiên cứu này bao gồm giới tính, ổ nhiễm khuẩn, các chỉ số huyết học và giá trị đơn lẻ của CRP/PCT (có thể hữu ích hơn khi theo dõi động học, theo Lubis và Claushuis). Lượng dịch truyền giờ đầu ($\geq 40\text{ml/kg}$) cũng không liên quan đến tử vong, tương tự kết quả của Eisenberg.

Nghiên cứu cung cấp những dữ liệu quan trọng về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố tiên lượng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em trong bối cảnh nghiên cứu. Tình trạng sốc, suy dinh dưỡng, bệnh nền, rối loạn chức năng đa cơ quan, và các dấu hiệu suy hô hấp, suy chuyển hóa là những yếu tố tiên lượng tử vong quan trọng nhất. Kết quả nhấn mạnh sự cần thiết của việc chẩn đoán sớm, can thiệp tích cực và quản lý toàn diện để cải thiện kết cục cho nhóm bệnh nhân nặng này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn rất cao (63,6%), dẫn đến tỷ lệ tử vong đáng báo động là 54,5%. Sốc nhiễm khuẩn là nguyên nhân chính gây rối loạn chức năng đa cơ quan ở 79,8% trẻ, và đây cũng là yếu tố tiên lượng tử vong mạnh nhất, bên cạnh các yếu tố nguy cơ khác như suy dinh dưỡng, bệnh nền, tình trạng toan chuyển hóa (pH), giảm oxy hóa máu ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) và diễn biến chỉ số sốc (ΔSI).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Nam Anh** (2015), Nghiên cứu giá trị tiên lượng của chỉ số sốc (SI) trong nhiễm khuẩn huyết trẻ em, Luận văn Bác sĩ nội trú chuyên ngành Nhi khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. **Nguyễn Hữu Châu Đức, Phạm Thị Ngọc Bích** (2024), "Giá trị thang điểm hệ thống phân tầng PIRO trong tiên đoán bệnh nặng nhiễm khuẩn huyết trẻ em", Tạp chí nghiên cứu Y học, Tập 175(Số 5), trang 188-194.
3. **Nguyễn Hữu Châu Đức, Phan Thị Ngọc Bích, Nguyễn Văn Tuy** (2024), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em", Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế, Số 96, trang 19-24.
4. **Bui T.L., Phung N.T.N., Tran D.T.** (2020), "Sepsis in Pediatric in Vietnam: A Retrospective Study in Period 2008 to 2018", Systematic Reviews in Pharmacy, 11, 179-184.
5. **López-Reyes C.S., Baca-Velázquez L.N., Villasís-Keever M.A., et al.** (2018), "Shock index utility to predict mortality in pediatric patients with septic shock or severe sepsis", Bol Med Hosp Infant Mex, 75, 192-198.
6. **Mohamed El-Mashad G., Said El-Mekkawy M., Helmy Zayan M.** (2020), "[Paediatric sequential organ failure assessment (pSOFA) score: A new mortality prediction score in the paediatric intensive care unit]", An Pediatr (Engl Ed), 92(5), 277-285.
7. **Wang S., Yin F., Zhang Y., et al.** (2023), "Epidemiology and clinical characteristics of pediatric sepsis in PICUs of China: A national cross-sectional study", MedComm (2020), 4(1), e211.

RỐI LOẠN NUỐT SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ VÙNG HỌNG – MIỆNG: LIÊN QUAN GIỮA KHUYẾT HỔNG PHẪU THUẬT VÀ CÁC ĐẶC ĐIỂM TRÊN NỘI SOI ỐNG MỀM ĐÁNH GIÁ NUỐT

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật và RLN trên FEES ở 89 bệnh nhân ung thư khoang miệng và hầu họng 1 tháng sau phẫu thuật, từ đó phân tích mối liên quan giữa hai yếu tố này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 89 bệnh nhân ung thư khoang miệng và họng miệng sau phẫu thuật 1 tháng. Các đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật được ghi nhận. RLN được đánh giá bằng FEES. Các tiêu chí đánh giá trên FEES bao gồm xâm nhập – hít sặc khi nuốt; tồn đọng ở họng miệng và hạ họng sau nuốt. Phân tích thống kê Mann-

Whitney U và Kruskal-Wallis H được sử dụng để so sánh các nhóm. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 89 bệnh nhân (80,9% nam, tuổi trung bình 53.84 ± 12.291). Khuyết hồng cơ trên móng (52,8%) và khuyết hồng lưỡi (39,3% là cắt bán phần lưỡi) là những tổn thương phổ biến. Xâm nhập – hít sặc khi nuốt chủ yếu xảy ra với dung dịch lỏng (tỷ lệ hít sặc 10,1%), trong khi tồn đọng sau nuốt phổ biến hơn với dung dịch đặc vừa và rất đặc. Phân tích cho thấy tồn tại mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiều khuyết hồng phẫu thuật (cơ trên móng, cơ xiết họng, đáy lưỡi, lưỡi di động, khẩu cái mềm) và mức độ rối loạn nuốt trên FEES. **Kết luận:** Đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật là một yếu tố tiên lượng quan trọng đối với rối loạn nuốt hậu phẫu ở bệnh nhân ung thư vùng họng – miệng. Những phát hiện này cung cấp cơ sở cho việc tư vấn và can thiệp phục hồi chức năng nuốt sớm và cá thể hóa. **Từ khóa:** Ung thư khoang miệng và họng miệng, rối loạn nuốt, sau phẫu thuật, khuyết hồng phẫu thuật, Nội soi ống mềm đánh giá nuốt

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: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025

SUMMARY**THE IMPACT OF SURGICAL DEFECTS ON POSTOPERATIVE SWALLOWING FUNCTION IN ORAL AND OROPHARYNGEAL CANCER PATIENTS: AN EVALUATION USING FIBEROPTIC ENDOSCOPIC EVALUATION OF SWALLOWING**

Objectives: This study aimed to describe surgical defect characteristics and dysphagia presentations on FEES in 89 oral and oropharyngeal cancer patients one month after surgery, and to analyze the correlation between these two factors. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 89 oral and oropharyngeal cancer patients one month after surgery. Surgical defect characteristics were recorded. Dysphagia was evaluated with FEES. The FEES assessment criteria included penetration-aspiration during swallowing, and post-swallow residue in the oropharynx and hypopharynx. Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H tests were used for statistical comparison between groups. **Results:** The study included 89 patients (80.9% male, mean age 53.84 ± 12.291). Common defects included suprahyoid muscle resection (52.8%) and tongue resection (39.3% was partial mobile tongue resection). Penetration-aspiration during swallowing occurred mainly with thin liquids (10.1% aspiration rate), while food residue was more prevalent with moderately and extremely thick liquids. The analysis revealed a significant statistical relationship between several surgical defects (suprahyoid muscles, pharyngeal constrictors, tongue base, mobile tongue, soft palate) and FEES-based dysphagia parameters. **Conclusion:** Surgical defect characteristics are a significant prognostic factor for postoperative dysphagia in patients with oral and oropharyngeal cancer. These findings provide a basis for early counseling and individualized swallowing rehabilitation interventions.

Keywords: Oral and oropharyngeal cancer, dysphagia, postoperative, surgical defects, Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng miệng – họng, một trong những loại ung thư phổ biến, chiếm khoảng 30-40% các ung thư đầu cổ [1]. Nghiên cứu đã cho thấy các bệnh nhân ung thư ở các vị trí này có tỉ lệ rối loạn nuốt cao nhất so với ung thư ở các vị trí khác của vùng đầu cổ [2]. Cho đến hiện nay, phẫu thuật vẫn được xem là phương pháp điều trị chính đối với ung thư vùng miệng – họng. Sau phẫu thuật, quá trình nuốt ở giai đoạn miệng và giai đoạn họng đều có thể bị ảnh hưởng. Tỉ lệ hít sặc vào đường thở là 34% đến 40% tùy vào thời điểm đánh giá [3]. Rối loạn nuốt làm tăng tỉ lệ suy dinh dưỡng, viêm phổi, và làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Do vậy, việc biết rõ đặc điểm rối loạn nuốt có thể xảy ra theo đặc điểm từng loại khuyết hỏng phẫu thuật giúp

ích trong việc tư vấn cho bệnh nhân và có kế hoạch can thiệp rối loạn nuốt sau phẫu thuật một cách hợp lý. Cho đến hiện nay, bên cạnh soi huỳnh quang quá trình nuốt có ghi hình (VFSS), Nội soi ống mềm đánh giá nuốt (FEES) được xem là phương tiện đánh giá khách quan đối với các bệnh nhân có biểu hiện rối loạn nuốt giai đoạn miệng họng. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu đánh giá chức năng nuốt bằng FEES ở bệnh nhân ung thư vùng miệng – họng sau phẫu thuật. Ở Việt Nam, cho đến hiện nay còn rất ít nghiên cứu về vấn đề này. Theo ghi nhận, chỉ có một nghiên cứu về việc huấn luyện chức năng nuốt cho bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư lưỡi – sàn miệng; trong đó chức năng nuốt của bệnh nhân được đánh giá dựa trên các tiêu chí lâm sàng [4]. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích đánh giá các đặc điểm rối loạn nuốt trên FEES; và phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm khuyết hỏng phẫu thuật và các biểu hiện rối loạn nuốt trên FEES.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Thiết kế nghiên cứu và đối tượng.**

Nghiên cứu này là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành tại khoa Tai Mũi Họng của Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 10 năm 2024.

Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu phải đáp ứng các tiêu chuẩn sau: từ 18 tuổi trở lên; được chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy của khoang miệng hoặc họng miệng; đã trải qua phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; và có dữ liệu tái khám đầy đủ và được thực hiện FEES ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật. Đồng thời, bệnh nhân phải có khả năng hợp tác và hiểu rõ về quy trình nghiên cứu. Nghiên cứu loại trừ các bệnh nhân có tiền sử rối loạn nuốt do các bệnh lý thần kinh cơ từ trước; bệnh nhân đã từng được chẩn đoán ung thư vùng đầu cổ hoặc đã trải qua xạ trị vùng đầu cổ trước đó.

2.2. Thu thập dữ liệu. Các thông tin về đặc điểm dân số học, vị trí khối u nguyên phát, giai đoạn lâm sàng của khối u và tình trạng khuyết hỏng phẫu thuật ở khoang miệng và họng miệng trong quá trình phẫu thuật được thu thập.

Nội soi ống mềm đánh giá nuốt (FEES):

Trong quá trình thực hiện FEES, các bệnh nhân được cho nuốt ba loại dung dịch có thể tích 5ml theo thứ tự: dung dịch đặc vừa, rất đặc, và lỏng. Dung dịch đặc vừa và rất đặc được chuẩn bị bằng cách pha chất làm đặc với nước đóng chai theo hướng dẫn của nhà sản xuất, sau đó lần

lượt được nhuộm màu thực phẩm xanh lam và xanh lá cây. Sữa tươi tiệt trùng được sử dụng làm dung dịch lỏng. Đầu ống nội soi mềm Karl Storz được giữ cố định ngay phía trên nắp thanh quản trong suốt quá trình đánh giá. Không có thuốc gây tê tại chỗ hoặc thuốc co mạch nào được sử dụng trên niêm mạc mũi của bệnh nhân tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình thực hiện.

Các đánh giá trên FEES:

- Xâm nhập và hít sặc trong mỗi lần nuốt được đánh giá theo các mức độ: 0 - không có xâm nhập/hít sặc; 1: xâm nhập có phản xạ (dung dịch vào đến tiền đình thanh quản hoặc ở mức dây thanh và bệnh nhân có phản xạ ho); 2: xâm nhập không có phản xạ (dung dịch vào đến tiền đình thanh quản hoặc ở mức dây thanh và bệnh nhân không có phản xạ ho); 3: hít có phản xạ (dung dịch vào đến dưới 2 dây thanh và bệnh nhân có phản xạ ho) và 4: hít không có phản xạ (dung dịch vào đến dưới 2 dây thanh và bệnh nhân không có phản xạ ho).

- Tồn đọng sau nuốt được đánh giá tại hai vị trí là họng miệng và hạ họng, với các mức độ: 0: không có tồn đọng; 1: tồn đọng dạng vệt; 2: ứ đọng nông; và 3: ứ đọng sâu.

2.3. Phân tích số liệu. Dữ liệu thu thập được đã được phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics phiên bản 20. Các phương pháp thống kê bao gồm kiểm định phi tham số Mann-Whitney U và Kruskal-Wallis H để so sánh các nhóm độc lập. Mức ý nghĩa thống kê được thiết lập là $p < 0.05$ cho tất cả các kiểm định.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của phê duyệt với số phê duyệt 727/HĐĐĐ-ĐHYD. Tất cả các bệnh nhân tham gia đều được giải thích chi tiết về mục đích, quy trình và quyền lợi, và đã tự nguyện ký vào phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu trước khi dữ liệu được thu thập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 89 bệnh nhân ung thư khoang miệng và hầu họng với độ tuổi trung bình là 53.84 ± 12.291 năm (dao động từ 22 đến 77 tuổi). Nam giới chiếm đa số với 72 bệnh nhân (80.9%), trong khi nữ giới chỉ có 17 người (19.1%). Vị trí ung thư phổ biến nhất là lưỡi - sàn miệng, chiếm 67.4% (60 bệnh nhân), tiếp theo là amidan (23.6%, 21 bệnh nhân). Về giai đoạn bệnh, đa số bệnh nhân ở giai đoạn T2 (44.9%) và T3 (27.0%) của khối u. Đối với tình trạng hạch cổ, hơn một nửa số bệnh nhân (52.8%) ở giai đoạn N0, trong khi các giai đoạn N1 và N2 lần lượt chiếm 19.1% và 24.7%.

3.1. Đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật vùng miệng – họng. Trong số 89 bệnh nhân, 47 người (52.8%) có cắt cơ trên móng. Về khuyết hồng lưỡi di động, Cắt bán phần lưỡi di động là loại phổ biến nhất (39.3%), trong khi 34.8% không có khuyết hồng hoặc chỉ cắt niêm mạc. Khuyết hồng đáy lưỡi được ghi nhận ở 29.2% bệnh nhân, còn khuyết hồng khẩu cái mềm ở 24.7% trường hợp. Khuyết hồng cơ xiết họng được thấy ở tầng miệng (21.3%), tầng mũi (12.4%) và tầng thanh quản (9.0%). Kết quả đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật vùng họng – miệng (N=89)

Đặc điểm khuyết hồng	N (%)
Khuyết hồng cơ trên móng	
Không có	42 (47.2%)
Có cắt cơ trên móng	47 (52.8%)
Kiểu cắt lưỡi di động	
Không có khuyết hồng hoặc chỉ cắt niêm mạc lưỡi di động	31 (34.8%)
Cắt một phần lưỡi di động	11 (12.4%)
Cắt bán phần lưỡi di động	35 (39.3%)
Cắt gần toàn bộ hoặc toàn bộ lưỡi di động	6 (6.7%)
Cắt mặt dưới lưỡi kèm cơ ngoại lưỡi	6 (6.7%)
Khuyết hồng đáy lưỡi	
Không có	63 (70.8%)
Chỉ cắt niêm mạc đáy lưỡi	16 (18.0%)
Cắt đáy lưỡi một bên	7 (7.9%)
Cắt đáy lưỡi hai bên	3 (3.4%)
Khuyết hồng khẩu cái mềm	
Không có	67 (75.3%)
Cắt dưới một nửa khẩu cái mềm	13 (14.6%)
Cắt trên một nửa khẩu cái mềm nhưng không phải toàn bộ	9 (10.1%)
Khuyết hồng cơ xiết họng tầng miệng	
Không có	70 (78.7%)
Có	19 (21.3%)
Khuyết hồng cơ xiết họng tầng mũi	
Không có	78 (87.6%)
Có	11 (12.4%)
Khuyết hồng cơ xiết họng tầng thanh quản	
Không có	81 (91.0%)
Có	8 (9.0%)
Khuyết hồng cơ xiết họng hai tầng trở lên	
Không có	79 (88.8%)
Có	10 (11.2%)

3.2. Kết quả đánh giá rối loạn nuốt bằng FEES tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật. Đánh giá bằng FEES ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật trên 89 bệnh nhân cho thấy xâm nhập/hít sặc chủ yếu xảy ra với dung dịch lỏng

(tỷ lệ hít sặc 10.1%). Ngược lại, mức độ an toàn không ghi nhận trường hợp hít sặc nào. Tồn động sau nuốt phổ biến nhất với dung dịch đặc với tỷ lệ xâm nhập lần lượt là 14.6% và 6.7%, và vừa và rất đặc. (Bảng 2)

Bảng 2: Đặc điểm đánh giá nuốt trên FEES với ba loại dung dịch

Đặc điểm đánh giá trên FEES	Lỏng (5 ml)	Đặc vừa (5 ml)	Rất đặc (5 ml)
Xâm nhập - Hít sặc			
Không có	60 (67.4%)	76 (85.4%)	83 (93.3%)
Xâm nhập có phản xạ	14 (15.7%)	9 (10.1%)	5 (5.6%)
Xâm nhập không phản xạ	6 (6.7%)	4 (4.5%)	1 (1.1%)
Hít sặc có phản xạ	4 (4.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Hít sặc không phản xạ	5 (5.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Tồn động sau nuốt			
Họng miệng			
Không có	3 (3.4%)	10 (11.2%)	11 (12.4%)
Dính lên niêm mạc dạng vệt	40 (44.9%)	45 (50.6%)	35 (39.3%)
Ư đọng nông	45 (50.6%)	32 (36.0%)	41 (46.1%)
Ư đọng sâu	1 (1.1%)	2 (2.2%)	2 (2.2%)
Hạ họng			
Không có	5 (5.6%)	25 (28.1%)	37 (41.6%)
Dính lên niêm mạc dạng vệt	73 (82.0%)	46 (51.7%)	35 (39.3%)
Ư đọng nông	11 (12.4%)	18 (20.2%)	11 (12.4%)
Ư đọng sâu	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (6.7%)

3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật và biểu hiện rối loạn nuốt trên FEES. Bảng 3 trình bày các kết quả phân tích thống kê phi tham số về mối liên quan giữa các đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật và các biểu hiện rối loạn nuốt trên FEES ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật (các giá trị $p < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê).

Bảng 3: Mối liên quan giữa đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật và biểu hiện rối loạn nuốt trên FEES

Đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật	Tồn động họng miệng	Tồn động hạ họng	Xâm nhập/Hít sặc
Khuyết hồng cơ trên móng (Có/Không có)	Đặc vừa: <0.001 Rất đặc: 0.018		
Khuyết hồng cơ xiết họng tầng miệng (Có/Không có)		Đặc vừa: 0.002 Rất đặc: <0.001	Lỏng: 0.003
Khuyết hồng cơ xiết họng tầng thanh quản (Có/Không có)		Đặc vừa: 0.003 Lỏng: 0.002	Lỏng: <0.001 Rất đặc: 0.035
Khuyết hồng cơ xiết họng hai tầng trở lên (Có/Không có)	Lỏng: 0.029 Rất đặc: 0.024	Đặc vừa: <0.001	Lỏng: <0.001 Đặc vừa: 0.001
Nạo hạch cổ (Nạo 2 bên/Nạo 1 bên)		Rất đặc: 0.048	Lỏng: 0.045 Đặc vừa: 0.043
Khuyết hồng đáy lưỡi (Tổng hợp các kiểu cắt)	Đặc vừa: 0.003 Rất đặc: <0.001 Lỏng: 0.019	Đặc vừa: 0.002 Rất đặc: 0.002	Đặc vừa: <0.001 Rất đặc: <0.001 Lỏng: 0.001
Kiểu cắt lưỡi di động (Tổng hợp các kiểu cắt)	Đặc vừa: <0.001 Rất đặc: <0.001 Lỏng: 0.023	Đặc vừa: <0.001 Rất đặc: <0.001	Đặc vừa: 0.014 Lỏng: <0.001
Khuyết hồng khẩu cái mềm (Có/Không có)		Đặc vừa: 0.020 Rất đặc: 0.001	Lỏng: 0.045

Phân tích thống kê cho thấy một loạt các mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật và mức độ rối loạn nuốt trên FEES ở thời điểm 1 tháng hậu phẫu. Các tổn thương lớn và phức tạp hơn có xu hướng liên quan đến các biểu hiện rối loạn nuốt nghiêm trọng hơn.

- Tổn thương cơ trên móng, cơ xiết họng, đáy lưỡi và lưỡi di động đều liên quan có ý nghĩa thống kê đến các vấn đề về hiệu quả nuốt (tồn động) và an toàn nuốt (xâm nhập/hít sặc).

- Tồn động sau nuốt là một vấn đề phổ biến, đặc biệt với các khuyết hồng ở cơ trên móng, cơ

xiết hong, đáy lưỡi, và lưỡi di động, và thường trở nên nghiêm trọng hơn với dung dịch có độ đặc cao (đặc vừa và rất đặc).

- Nguy cơ xâm nhập/hít sặc, đặc biệt là với dung dịch lỏng, liên quan có ý nghĩa thống kê đến các khuyết hồng ở cơ xiết họng tầng miệng, tầng thanh quản, khuyết hồng đáy lưỡi, và các kiểu cắt lưỡi di động.

- Nạo hạch cổ hai bên cũng cho thấy mối liên quan với mức độ rối loạn nuốt nghiêm trọng hơn so với nạo một bên hoặc không nạo hạch.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đã mô tả đặc điểm rối loạn nuốt ở bệnh nhân ung thư khoang miệng và họng miệng ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật, sử dụng nội soi ống mềm đánh giá nuốt (FEES), từ đó cho thấy mối liên quan giữa đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật và rối loạn nuốt sau phẫu thuật. Các kết quả chính có thể được tóm tắt như sau: Thứ nhất, xâm nhập/hít sặc khi nuốt là vấn đề chính với dung dịch lỏng, trong khi tổn động sau nuốt là biểu hiện nổi bật nhất với các loại dung dịch đặc và rất đặc. Thứ hai, chúng tôi đã xác định được một loạt các mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật và các biểu hiện rối loạn nuốt cụ thể trên FEES. Các tổn thương ở cơ trên móng, các cơ xiết họng, đáy lưỡi và lưỡi di động có liên quan đến cả xâm nhập/hít sặc và tổn động sau nuốt. Cuối cùng, mức độ tổn thương càng lớn (ví dụ: khuyết hồng cơ xiết họng hai tầng trở lên, cắt đáy lưỡi hai bên) thì các biểu hiện rối loạn nuốt càng nghiêm trọng hơn.

Phát hiện của chúng tôi về các mô hình rối loạn nuốt theo độ đặc của dung dịch phù hợp với các tài liệu quốc tế hiện có. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dung dịch lỏng gây ra nguy cơ hít sặc cao nhất (tổng tỷ lệ hít sặc là 10.1%), trong khi tổn động sau nuốt là vấn đề chính với các loại dung dịch đặc và rất đặc. Điều này được củng cố bởi các nghiên cứu khác ở bệnh nhân ung thư đầu cổ, vốn cũng cho thấy xâm nhập/hít sặc xảy ra thường xuyên nhất với chất lỏng [5, 6]. Ngược lại, tổn động sau nuốt ở họng miệng và hạ họng xảy ra nhiều nhất với dung dịch đặc vừa và rất đặc. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi cơ chế sinh lý học của rối loạn nuốt hậu phẫu. Dung dịch lỏng có tốc độ di chuyển nhanh, đòi hỏi sự phối hợp và đóng kín đường thở nhanh chóng để tránh xâm nhập / hít sặc. Ngược lại, dung dịch đặc hơn yêu cầu lực đẩy của các cơ vùng họng mạnh hơn để vận chuyển viên thức ăn, và sự suy giảm chức năng của các cơ này sau phẫu thuật có thể dẫn đến tổn động

sau nuốt đáng kể [7].

Khuyết hồng lưỡi và đáy lưỡi: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các khuyết hồng ở lưỡi di động và đáy lưỡi có liên quan đến cả tổn động sau nuốt và nguy cơ xâm nhập/hít sặc. Điều này phù hợp với ý kiến, vốn đã ghi nhận rằng các khuyết hồng lưỡi làm giảm khả năng kiểm soát viên thức ăn, giảm chuyển động ra sau của đáy lưỡi và giảm hiệu quả đẩy viên thức ăn qua họng [7].

Khuyết hồng cơ trên móng: Việc cắt cơ trên móng có liên quan chặt chẽ với tổn động họng miệng, đặc biệt với dung dịch đặc vừa và rất đặc. Các cơ trên móng đóng vai trò quan trọng trong việc nâng xương móng và thanh quản, giúp đóng nắp thanh thiệt để bảo vệ đường thở trong khi nuốt. Tổn thương các cơ này có thể làm giảm khả năng đẩy viên thức ăn qua họng, dẫn đến tổn động sau nuốt [7]. Nghiên cứu của Nakayama và cộng sự đã chỉ ra rằng số lượng cơ trên móng được cắt bỏ là một yếu tố độc lập ảnh hưởng đến rối loạn nuốt hậu phẫu [8].

Khuyết hồng cơ xiết họng: Phân tích của chúng tôi cho thấy khuyết hồng cơ xiết họng tầng miệng, tầng thanh quản và hai tầng trở lên có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tổn động hạ họng và xâm nhập/hít sặc khi nuốt. Điều này phù hợp với cơ chế sinh lý học, vì các cơ xiết họng tạo áp lực đẩy viên thức ăn xuống thực quản. Khi các cơ này bị tổn thương, lực đẩy giảm sút, dẫn đến tổn động sau nuốt đáng kể và tăng nguy cơ xâm nhập/hít sặc vào đường thở [7].

Tổn thương khẩu cái mềm: Khuyết hồng khẩu cái mềm có liên quan đáng kể đến tổn động hạ họng và xâm nhập/hít sặc với dung dịch lỏng. Tổn thương này có thể làm tăng khả năng trào ngược lên mũi hoặc giảm áp lực vùng họng cần thiết cho quá trình nuốt [7].

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được ghi nhận. Thứ nhất, đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang tại một thời điểm, do đó không thể theo dõi sự tiến triển của chức năng nuốt theo thời gian. Thứ hai, các phân tích của chúng tôi không tính đến các yếu tố nhiễu khác như các bệnh lý nền đi kèm, hoặc các đặc điểm vật tái tạo, tất cả đều có thể ảnh hưởng đến kết quả nuốt.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp bằng chứng thực nghiệm về mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm khuyết hồng phẫu thuật và các biểu hiện rối loạn nuốt trên FEES ở bệnh nhân ung thư khoang miệng - hầu họng sau phẫu thuật. Việc xác định các mối liên hệ này là cơ sở quan trọng để các nhà lâm sàng đưa ra các đánh giá và can thiệp sớm, chính xác nhằm tối ưu hóa

chức năng nuốt, giảm thiểu biến chứng, và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer Research UK.** Head and neck cancers incidence statistics 2018 [updated 10 March 2022]. Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/head-and-neck-cancers/incidence#heading=Three>.
2. **Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, et al.** Pretreatment swallowing function in patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2000;22(5):474-82.
3. **Shih-Teng K, Micah DJ, Sabapathy G, et al.** Swallowing outcomes following primary surgical resection and primary free flap reconstruction for oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas: A systematic review. *Laryngoscope*. 2016;126(7):1572-80.
4. **Nguyen Le Vu Hoang.** Swallowing function training for patients after tongue and mouth floor cancer resection at University Medical Center Ho Chi Minh City from 2020 to 2021 [Master's Thesis in Medicine]. Ho Chi Minh City: University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City; 2021.
5. **Porto de Toledo I, Pantoja LLQ, Luchesi KF, Assad DX, De Luca Canto G, Guerra ENS.** Deglutition disorders as a consequence of head and neck cancer therapies: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(10):3681-700.
6. **Barbon CE, Steele C.** Efficacy of thickened liquids for eliminating aspiration in head and neck cancer: a systematic review. *Otolaryngology–Head Neck Surgery*. 2015;152(2):211-8.
7. **Leonard R, Kendall K.** Dysphagia Assessment and treatment planning: A Team approach. Fourth ed. San Diego: Plural Publishing; 2019.
8. **Nakayama Y, Yamakawa N, Ueyama Y, Yagyu T, Ueda N, Nakagawa Y, et al.** Examination of suprahyoid muscle resection and other factors affecting swallowing function in patients with advanced oral cancer after surgical resection and reconstruction. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2022;33(8):e840-e4.

TỶ LỆ CHẢY MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SAU NỘI SOI CẮT POLYP ĐẠI-TRỰC TRÀNG Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ chảy máu ở bệnh nhân xơ gan sau cắt polyp đại trực tràng qua nội soi và phân tích một số yếu tố liên quan đến chảy máu sau thủ thuật ở nhóm bệnh nhân này. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu được thực hiện trên 58 bệnh nhân xơ gan được cắt polyp đại trực tràng bằng snare nhiệt tại Khoa Nội tiêu hóa BV 198 Bộ Công An và Trung tâm tiêu hóa gan mật Bệnh viện Bạch Mai từ 5/2024 đến 7/2025. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 17.0, sử dụng hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến chảy máu. **Kết quả:** 58 bệnh nhân với 145 polyp đã được cắt bằng Snare nhiệt. Tỷ lệ chảy máu sau cắt polyp ở bệnh nhân xơ gan là 24,14%, trong đó chảy máu tức thì chiếm 17,24% và chảy máu muộn 6,9%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm: mức độ xơ gan Child-Pugh B (OR = 2,45; p = 0,04), kích thước polyp 10–19 mm (OR = 3,21; p = 0,03), ≥20 mm (OR = 6,2; p = 0,02), mô bệnh học loạn sản nặng (OR = 2,84; p = 0,02), và kỹ thuật snare nhiệt có tiêm nhắc (OR = 3,12; p = 0,014). **Kết luận:** Chảy máu sau cắt polyp ở bệnh nhân xơ gan là biến chứng

Hồ Thị Vân Khánh¹, Nguyễn Công Long^{2,3}

đáng lưu ý, đặc biệt ở các trường hợp xơ gan mất bù và polyp kích thước lớn.

Từ khóa: polyp đại trực tràng, xơ gan.

SUMMARY

RATE OF BLEEDING AND ASSOCIATED FACTORS AFTER ENDOSCOPIC COLORECTAL POLYPECTOMY IN CIRRHOTIC PATIENTS

Objective: To describe the incidence of bleeding in patients with cirrhosis following endoscopic colorectal polypectomy and to analyze factors associated with post-procedural bleeding in this population. **Methods:** A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 58 cirrhotic patients who underwent colorectal polypectomy using hot snare technique at the Department of Gastroenterology, 198 Hospital (Ministry of Public Security) and the Gastroenterology and Hepatology center, Bach Mai Hospital, from May 2024 to July 2025. Data were analyzed using STATA version 17.0, and multivariate logistic regression was applied to identify factors associated with bleeding. **Results:** A total of 145 polyps were removed in 58 patients using hot snare polypectomy. The overall post-polypectomy bleeding rate in cirrhotic patients was 24,14%, including immediate bleeding in 17,24% and delayed bleeding in 6,9%. Statistically significant factors associated with bleeding included: Child-Pugh class B cirrhosis (OR = 2.45; p = 0.04), polyp size 10–19 mm (OR = 3.21; p = 0.03), polyp size ≥20 mm (OR = 6.20; p = 0.02), histopathology showing high-grade dysplasia (OR = 2.84; p = 0.02), and hot snare

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025