

ghi nhận dị vật hay tổn thương mạch máu trên CLVT. Điều này cho thấy CLVT có giá trị trong hỗ trợ chẩn đoán, đặc biệt ở những BN nghi ngờ bệnh lý thực thể, nhưng vẫn còn hạn chế trong việc xác định nguyên nhân cụ thể. So sánh với Beck (2018), đa số BN CMM không cần chẩn đoán hình ảnh, song ở nhóm tái phát hoặc không rõ nguyên nhân, CLVT được khuyến cáo nhằm loại trừ bệnh lý tân sinh mạch, điển hình là u xơ vòm mũi họng ở trẻ vị thành niên.²

Phim chụp mạch số hóa xóa nền. Trong nghiên cứu này, chỉ có 1/95 BN được chỉ định chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) do CMM dai dẳng, khó kiểm soát bằng các biện pháp thường quy. Kết quả cho thấy giãn ĐM bướm-khẩu cái hai bên, nhánh của ĐM cảnh ngoài — một nguyên nhân quan trọng gây CMM nặng và kéo dài. Trường hợp này nhấn mạnh vai trò của DSA trong chẩn đoán và định hướng điều trị khi nội soi hoặc cầm máu bảo tồn thất bại. Mặc dù tỷ lệ chỉ định thấp, DSA vẫn cần được cân nhắc ở các BN CMM phức tạp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế tái phát. So sánh với các nghiên cứu trước, Nguyễn Lê Đức Vĩnh (2005) ghi nhận tăng sinh mạch (45,45%), phình mạch (36,36%) và thoát thuốc (9,09%).⁶

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chảy máu mũi thường gặp ở bệnh nhân nam giới (69,48%) với tuổi trung bình là $40,95 \pm 25,01$ tuổi. Mức độ CMM hay gặp nhất là mức độ vừa, trong khi các rối loạn huyết động do CMM nhìn chung không đáng kể. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh

hiện đại như chụp CLVT và DSA được áp dụng trong một số trường hợp, góp phần hỗ trợ chẩn đoán và định hướng xử trí hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tunkel, D. E., Anne, S., Payne, S. C., Ishman, S. L., Rosenfeld, R.M., Abramson, P. J.,... & Monjur, T. M. (2020). Clinical practice guideline: nosebleed (epistaxis). *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 162, S1-S38.
2. Beck R, Sorge M, Schneider A, et al. Current Approaches to Epistaxis Treatment in Primary and Secondary Care. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(1-2):12-22.
3. Hachicha A, Chouchane H, Boussafa H, et al. Epistaxis chez les enfants porteurs d'une rhinite allergique: Particularités cliniques et facteurs de risque. *La Tunisie Médicale.* 2024;102(11):927.
4. Joao MG, Enout MR, Castro TC, et al. Is the occurrence of spontaneous epistaxis related to climatic variables? A retrospective clinical, epidemiological and meteorological study. *Acta Otolaryngologica.* 2016;136:1184-1189.
5. Vũ Công Thắng. Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh nội soi bệnh nhân chảy máu mũi chưa rõ nguyên nhân: Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. Nguyễn Lê Đức Vĩnh. Nghiên cứu điều trị chảy máu mũi khó cầm bằng phương pháp điện quang can thiệp nội mạch: Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2005.
7. Nguyễn Văn Thường. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả một số biện pháp điều trị chảy máu mũi do tăng huyết áp tại bệnh viện Quân Y 103: Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện quân Y; 2016.
8. Salcan I, Olgun A. Is There a Relationship Between Epitaxis and Anatomical Variations? *Eurasian J Med.* 2020;52:136-138.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA RỐI LOẠN NUỐT VÀ CÁC TRIỆU CHỨNG TRẦM CẢM, LO ÂU SAU ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO

Bùi Văn Năm¹, Nguyễn Đăng Hải¹, Phan Thế Hà¹,
Đặng Minh Đức¹, Nguyễn Đăng Cường¹, Phạm Đình Đài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa rối loạn nuốt và các triệu chứng trầm cảm, lo âu sau đột quy nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 68 bệnh nhân đột quy nhồi máu não được điều trị tại Khoa Đột quy, Bệnh viện

Quân y 103 từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2025. Tình trạng nuốt được đánh giá bằng khám lâm sàng khi nhập viện bằng thang điểm tầm soát chức năng nuốt (GUSS), theo dõi đến khi xuất viện và sau 2 tháng bằng chỉ số độc lập (SINGER) tại phòng khám khoa Đột quy. Các triệu chứng trầm cảm và lo âu được đánh giá sau 2 tháng bằng thang trầm cảm và thang điểm trầm cảm và lo âu bệnh viện (HADS). **Kết quả:** 39,7% bệnh nhân có rối loạn nuốt khi nhập viện, 26,5% còn tồn tại rối loạn nuốt khi xuất viện và 20,6% vẫn còn rối loạn nuốt sau 2 tháng. Tỷ lệ trầm cảm sau 2 tháng là 29,4%, lo âu là 25,0%. Rối loạn nuốt kéo dài có mối liên quan có ý nghĩa với trầm cảm (OR = 3,12; 95% CI: 1.18–8.25; p = 0,01) và lo âu

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đình Đài

Email: phamdai103@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

(OR = 2,75; 95% CI: 1.05–7.18; p = 0,02). **Kết luận:** Khó nuốt sau đột quỵ thiếu máu cục bộ là yếu tố liên quan độc lập với nguy cơ xuất hiện triệu chứng trầm cảm và lo âu. Việc sàng lọc và can thiệp sớm chứng khó nuốt có thể góp phần cải thiện sức khỏe tâm thần và chất lượng sống của người bệnh.

Từ khóa: Đột quỵ thiếu máu cục bộ, Khó nuốt, Trầm cảm, Lo âu, Biến chứng sau đột quỵ, Chỉ số SINGER.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN DYSPHAGIA AND SYMPTOMS OF DEPRESSION AND ANXIETY AFTER ISCHEMIC STROKE

Objective: Dysphagia is associated with unfavorable clinical outcomes, increased mortality, diminished quality of life, and greater social isolation. This study examines the association between dysphagia and the development of depressive and anxiety symptoms in patients after ischemic stroke.

Methods: A prospective observational study was conducted on 68 ischemic stroke patients admitted to the Stroke Department, 103 Military Hospital, from March to August. Dysphagia was assessed at admission by clinical swallowing examination, during hospitalization, and at 2-month follow-up using the (SINGER) Independence Index at the Stroke Clinic. Depressive and anxiety symptoms were evaluated at 2 months using the Depression Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Results:** Dysphagia was identified in 39,7% of patients at admission, persisted in 26,5% at discharge, and remained in 20,6% after 2 months. The prevalence of post-stroke depression and anxiety at 2 months was 29.4% and 25%, respectively. Persistent dysphagia was significantly associated with both depression (OR = 3.12; 95% CI: 1.18–8.25; p = 0.01) and anxiety (OR = 2.75; 95% CI: 1.05–7.18; p = 0.02).

Conclusion: Dysphagia after ischemic stroke is independently associated with the risk of developing depressive and anxiety symptoms. Early screening and intervention for dysphagia may improve both physical recovery and mental health outcomes. **Keywords:** Ischemic stroke; Dysphagia; Depression; Anxiety; Post-stroke complications; SINGER Index

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới [1]. Rối loạn nuốt (dysphagia) là biến chứng thường gặp, xuất hiện ở khoảng 30–50% bệnh nhân trong giai đoạn cấp, có thể dẫn đến suy dinh dưỡng, viêm phổi hít và kéo dài thời gian nằm viện [2,3]. Ngoài những biến chứng y khoa này, suy giảm khả năng nuốt còn gây ra gánh nặng tâm lý xã hội đáng kể, góp phần làm giảm chất lượng cuộc sống và cô lập xã hội ở những người bị ảnh hưởng [6,10]. Các rối loạn tâm thần sau đột quỵ, đặc biệt là trầm cảm và lo âu, ảnh hưởng nặng nề đến khả năng phục hồi chức năng và chất lượng sống của bệnh nhân [7,8].

Một số nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên quan giữa rối loạn nuốt và sự phát triển các triệu chứng trầm cảm, lo âu [3,4,8]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, dữ liệu còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm làm rõ mối liên quan giữa rối loạn nuốt sau đột quỵ và các triệu chứng trầm cảm, lo âu trong 2 tháng đầu sau đột quỵ thiếu máu cục bộ tại Bệnh viện Quân y 103.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 68 bệnh nhân chẩn đoán đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp, điều trị tại Khoa Đột quỵ – Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2025.

Tất cả bệnh nhân bị đột quỵ thiếu máu cục bộ được thu thập, tái khám tại phòng khám khoa Đột Quỵ, theo dõi chuẩn hóa sau 2 tháng được thu thập dữ liệu về mức độ nghiêm trọng của đột quỵ (NIHSS [1,2]), tình trạng khuyết tật (mRS [2,6]), mức độ phụ thuộc (Chỉ số SINGER [8,10]), chất lượng cuộc sống (EQ-5D-3L [8,6]) và các bệnh đi kèm như sa sút trí tuệ, trầm cảm và lo âu.

Từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 8 năm 2025, 98 bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí chọn, trong đó (85,7%) đã đồng ý tham gia nghiên cứu. Sau khi loại trừ những bệnh nhân bị khó nuốt từ trước (n=3), hoặc bỏ cuộc sớm (n=13), 68 bệnh nhân đột quỵ do thiếu máu cục bộ đã được đưa vào phân tích.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Chẩn đoán xác định đột quỵ thiếu máu cục bộ bằng lâm sàng theo định nghĩa của tổ chức y tế thế giới năm 1970 và hình ảnh cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não [1,3].

- Bệnh nhân hoặc gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tiền sử bệnh tâm thần hoặc có rối loạn nuốt trước đó.

- Bệnh nhân không đủ khả năng giao tiếp hoặc mất liên lạc khi theo dõi sau ra viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, n=68.

Đánh giá khó nuốt: Tất cả bệnh nhân đột quỵ đều được sàng lọc thường quy tại giường bởi điều dưỡng viên được đào tạo bằng test đánh giá nuốt GUSS (Gugging Swallowing Screen). Tình trạng rối loạn nuốt được xác định từ hồ sơ bệnh án sau khi xuất viện và sau 2 tháng bằng thang điểm GUSS [6] (từ 19 điểm trở

xuống được xác định là rối loạn nuốt). Các dấu hiệu như ho, nghẹn ở độ đặc cụ thể hoặc phụ thuộc vào các phương pháp ăn uống thay thế đã được ghi chép rõ ràng.

Đánh giá trầm cảm, lo âu: Sau 2 tháng sử dụng thang đánh giá trầm cảm và HADS. Tiền sử trầm cảm được định nghĩa là việc sử dụng thuốc chống trầm cảm khi nhập viện hoặc ghi chép trong hồ sơ sức khỏe. Các triệu chứng trầm cảm và lo âu được đánh giá sau 2 tháng bằng BDI và HADS, bổ sung bằng thang điểm lo âu/trầm cảm EQ-5D-3L [2,6]. Bệnh nhân đã hoàn thành bảng câu hỏi tại nhà trước khi theo dõi hoặc trong khi khám. BDI (21 mục, điểm tối đa 63, Điểm ≥ 14 : Có khả năng bị trầm cảm) và HADS gồm 14 mục; điểm tối đa 42, với 7 mục cho lo âu (Điểm 0-7: Không có lo âu, Điểm 8-10: Nghi ngờ có lo âu, Điểm ≥ 11 : Có khả năng bị lo âu) và 7 mục cho trầm cảm (Điểm 0-7: Không có trầm cảm, Điểm 8-10: Nghi ngờ có trầm cảm, Điểm ≥ 11 : Có khả năng bị trầm cảm) là các công cụ sàng lọc đã được xác nhận trong quần thể sau đột quỵ [6,8]. Việc sử dụng thuốc hướng thần, bao gồm thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần (điển hình và không điển hình) và benzodiazepin, đã được ghi nhận khi xuất viện và sau 2 tháng.

Xử lý số liệu: Phân tích thống kê bằng SPSS 20.0, sử dụng test χ^2 và hồi quy logistic để xác định mối liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

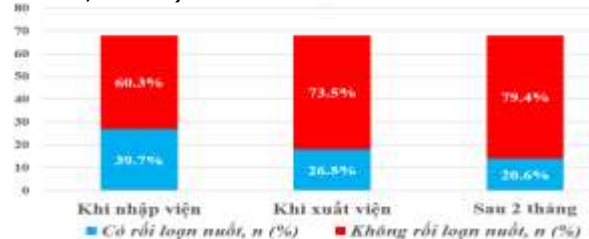
3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 68 bệnh nhân bị đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính. Kết quả chi tiết được thể hiện trong Bảng 3.1.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=68)

Đặc điểm	Giá trị trung bình $\pm$ SD/n (%)
Tuổi (năm)	65,8 $\pm$ 9,4
Giới tính nam	42 (61,8%)
Tăng huyết áp	41 (60,3%)
Đái tháo đường	18 (26,5%)
Rối loạn lipid máu	21 (30,9%)
Hút thuốc lá, thuốc lào	27 (39,7%)
NIHSS trung bình lúc vào	8,7 $\pm$ 3,1

Nhận xét: Phần lớn BN trong nghiên cứu là nam giới (61,8%), tuổi trung bình 66 tuổi. Bệnh

nền phổ biến nhất là tăng huyết áp (60,3%), tiếp theo là rối loạn lipid máu (30,9%) và đái tháo đường (26,5%). Mức độ nặng của đột quỵ khi nhập viện ở mức trung bình (NIHSS trung bình 8,7 điểm).



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ rối loạn nuốt tại các thời điểm theo dõi (n=68)

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn nuốt giảm dần theo thời gian, từ 39,7% khi nhập viện xuống còn 20,6% sau 2 tháng. Tuy nhiên, vẫn còn hơn 1/5 số bệnh nhân bị khó nuốt kéo dài, cho thấy đây là biến chứng cần được theo dõi và can thiệp sớm.

3.2. Liên quan giữa rối loạn nuốt và trầm cảm, lo âu sau 2 tháng

Bảng 3.2. Tỷ lệ trầm cảm và lo âu sau 2 tháng

Tình trạng	Có (n, %)	Không (n, %)
Trầm cảm	20 (29,4%)	48 (70,6%)
Lo âu	17 (25,0%)	51 (75,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ trầm cảm (29,4%) và lo âu (25,0%) ở nhóm được khảo sát là tương đối cao, phản ánh tình trạng phổ biến của rối loạn tâm lý sau biến cố. Tỷ lệ "Không" ở cả hai nhóm đều chiếm đa số ($>70\%$), thể hiện rằng đa phần đối tượng không có triệu chứng rõ ràng, nhưng vẫn cần được theo dõi sàng lọc thường xuyên.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tình trạng rối loạn nuốt và điểm trầm cảm, lo âu sau 2 tháng

Nhóm bệnh nhân	Điểm BDI-II trung bình	Điểm HADS trung bình
Có rối loạn nuốt (n=14)	22,4 $\pm$ 6,8	15,6 $\pm$ 5,2
Không rối loạn nuốt (n=54)	13,2 $\pm$ 5,1	9,4 $\pm$ 4,7
Giá trị p	<0,001	0,002

Nhận xét: Bệnh nhân có rối loạn nuốt kéo dài có điểm trầm cảm và lo âu cao hơn rõ rệt so với nhóm không rối loạn nuốt ($p<0,01$). Điều này cho thấy mối liên hệ đáng kể giữa rối loạn chức năng nuốt và tình trạng sức khỏe tâm thần sau đột quỵ.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa rối loạn nuốt sau 2 tháng và trầm cảm, lo âu

Rối loạn tâm thần	Trầm cảm	Lo âu	OR (95% CI)	p-value
Rối loạn nuốt (n=10)	6 (60,0%)	14 (24,1%)	3,12 (1,18–8,25)	0,01
Không rối loạn nuốt (n=58)	5 (50,0%)	12 (20,7%)	2,75 (1,05–7,18)	0,02

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân có rối loạn nuốt, tỷ lệ trầm cảm là 60,0%, cao hơn đáng kể so với nhóm không rối loạn nuốt (24,1%, $p = 0,01$). Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy rối loạn nuốt làm tăng nguy cơ trầm cảm gấp 3,12 lần (95% CI: 1,18–8,25). Tương tự, tỷ lệ lo âu ở nhóm có rối loạn nuốt là 50,0%, cao hơn nhóm không rối loạn nuốt (20,7%, $p = 0,02$), với OR = 2,75 (95% CI: 1,05–7,18). Như vậy, rối loạn nuốt có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với cả trầm cảm và lo âu sau đột quỵ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não nhập viện khoa Đột Quỵ bệnh viện Quân Y 103—chúng tôi báo cáo về tỷ lệ rối loạn nuốt sau đột quỵ trong giai đoạn cấp tính, sự phục hồi trong vòng 2 tháng và mối liên quan của nó với các triệu chứng trầm cảm và lo âu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn nuốt khi nhập viện là 39,7%, giảm xuống còn 26,5% tại thời điểm xuất viện và vẫn còn 20,6% sau 2 tháng (Biểu đồ 3.1). Đây là một tỷ lệ tương đối cao, phản ánh đúng thực tế lâm sàng của đột quỵ thiếu máu cục bộ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Martino và cộng sự (2005) [3], khi tác giả ghi nhận khoảng 37% bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt trong giai đoạn cấp, và khoảng 11–15% vẫn tồn tại rối loạn nuốt mạn tính sau 2–3 tháng. Tỷ lệ rối loạn nuốt trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gần với nghiên cứu tại Hàn Quốc của Kim et al. (2019) [4], báo cáo 16% bệnh nhân còn tồn tại rối loạn nuốt sau 2 tháng.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu còn cho thấy tỷ lệ trầm cảm (29,4%) và lo âu (25,0%) sau 2 tháng cũng khá cao (Biểu đồ 3.1), tương đương với các nghiên cứu trước đây. Hackett và cộng sự (2014) [6] trong phân tích gộp đã chỉ ra rằng trầm cảm sau đột quỵ chiếm khoảng 31%, còn lo âu dao động 20–25%. Như vậy, dữ liệu từ nghiên cứu của chúng tôi góp phần khẳng định tầm quan trọng của việc đánh giá sức khỏe tâm thần song song với điều trị thể chất ở bệnh nhân đột quỵ.

Điểm đáng chú ý trong nghiên cứu này là mối liên quan chặt chẽ giữa rối loạn nuốt kéo dài và các triệu chứng trầm cảm, lo âu sau 2 tháng sau khởi phát đột quỵ. Nhóm bệnh nhân có rối loạn nuốt sau 2 tháng có nguy cơ trầm cảm cao gấp 3,12 lần và nguy cơ lo âu cao gấp 2,75 lần so với nhóm không rối loạn nuốt ($p < 0,05$) (Bảng 3.4). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kumar và cộng sự (2020) [5], cho thấy rối loạn nuốt sau đột quỵ là một trong những yếu tố dự báo độc lập cho trầm cảm sau đột quỵ. Có

không ít cơ chế giải thích cho mối liên quan này bao gồm [3,4,8]. Thứ nhất là ảnh hưởng sinh lý – thực thể: Rối loạn nuốt làm hạn chế khả năng ăn uống, dễ dẫn đến suy dinh dưỡng và mất nước, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe thể chất và khả năng hồi phục thần kinh. Sự suy giảm thể chất kéo dài làm gia tăng cảm giác mệt mỏi, giảm động lực, từ đó dễ khởi phát hoặc làm nặng thêm triệu chứng trầm cảm. Thứ hai là ảnh hưởng tâm lý – xã hội: Rối loạn nuốt làm giảm khả năng tham gia các hoạt động xã hội cơ bản như ăn uống cùng gia đình, bạn bè. Người bệnh thường có xu hướng né tránh giao tiếp, dẫn đến cô lập xã hội – một yếu tố nguy cơ hàng đầu cho lo âu và trầm cảm. Thêm vào đó cảm giác mất tự chủ trong sinh hoạt hàng ngày (cần người hỗ trợ khi ăn uống, nuốt) cũng làm tăng cảm giác bất lực và tự ti. Thứ ba là yếu tố thần kinh – sinh học: Một số nghiên cứu hình ảnh học đã chỉ ra rằng các tổn thương vùng thân não, vỏ não vận động – cảm giác liên quan đến nuốt cũng đồng thời liên quan đến các mạng lưới điều hòa cảm xúc. Điều này gợi ý rằng có thể tồn tại cơ chế bệnh sinh chung giữa khó nuốt và rối loạn khí sắc sau đột quỵ.

Một điểm cần nhấn mạnh là, không phải mọi trường hợp rối loạn nuốt đều dẫn đến trầm cảm hoặc lo âu, nhưng khó nuốt kéo dài là yếu tố nguy cơ mạnh. Do đó, việc sàng lọc sớm và can thiệp phục hồi chức năng nuốt (ví dụ: tập vận động cơ hầu họng, điều chỉnh tư thế nuốt, can thiệp bằng dụng cụ hỗ trợ ăn uống) có thể không chỉ giảm nguy cơ biến chứng hô hấp và dinh dưỡng, mà còn giúp phòng ngừa rối loạn tâm thần.

V. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu chỉ tiến hành trên cỡ mẫu 68 bệnh nhân, tại một trung tâm duy nhất và trong khoảng thời gian ngắn, do đó kết quả có thể chưa phản ánh toàn diện quần thể bệnh nhân đột quỵ. Ngoài ra, chúng tôi chưa đánh giá được mức độ nặng của khó nuốt bằng thang đo khách quan như VFSS (Videofluoroscopic Swallow Study) hay FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing), mà chủ yếu dựa trên đánh giá lâm sàng và thang điểm GUSS. Tuy vậy, kết quả vẫn có giá trị gợi ý quan trọng, đặc biệt trong bối cảnh Việt Nam, nơi việc sàng lọc và theo dõi rối loạn nuốt sau đột quỵ chưa được áp dụng rộng rãi.

VI. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ rối loạn nuốt khi nhập viện ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não là 39,7%; còn tồn tại rối loạn nuốt sau 2 tháng là 20,6%.

- Tỷ lệ trầm cảm và lo âu sau 2 tháng lần lượt là 29,4% và 25%.

- Có mối liên quan có ý nghĩa giữa rối loạn nuốt kéo dài và trầm cảm (OR = 3,12; p = 0,01), lo âu (OR = 2,75; p = 0,02).

Rối loạn nuốt sau đột quỵ nhồi máu não là yếu tố tiên đoán độc lập của trầm cảm và lo âu sau 2 tháng. Việc sàng lọc sớm, phát hiện và can thiệp toàn diện đối với bệnh nhân có rối loạn nuốt là cần thiết nhằm cải thiện kết quả phục hồi và chất lượng cuộc sống sau đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Hiện.** Đột quỵ não, NXB Y học; 2017.
2. **Phúc Đức Dang, Minh Hien Nguyen, et al:** A Comparison of the National Institutes of Health Stroke Scale and the Gugging Swallowing Screen in Predicting Stroke-Associated Pneumonia. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2020: 445-450.
3. **Martino R, Foley N, Bhogal S, et al.** Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and

pulmonary complications. *Stroke*. 2005;36(12): 2756–2763.

4. **Kim JS, Lee JH, Lee KB, et al.** Natural history and predictors of post-stroke dysphagia in patients with ischemic stroke. *J Clin Neurol*. 2019;15(3):368–376.
5. **Kumar S, Selim MH, Caplan LR.** Medical complications after stroke. *Lancet Neurol*. 2020;19(6):452–470.
6. **Hackett ML, Pickles K. Part I:** Frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2014;9(8):1017–1025.
7. **Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG.** Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):14–21.
8. **Schindel D, Schöberl M, Wollenweber FA, et al.** Association of dysphagia with anxiety and depression after acute ischemic stroke. *Front Neurol*. 2021;12:688007.
9. **Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G.** Stroke rehabilitation. *Lancet*. 2011;377(9778):1693–1702.
10. **Trouble Swallowing After Stroke (Dysphagia).** American stroke Association, 2024, <https://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke/physical-effects/dysphagia>.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY – HÀNH TÁ TRÀNG Ở NGƯỜI DÂN XÃ VỤ BẢN TỈNH NINH BÌNH NĂM 2025

Nguyễn Ngọc Nghĩa¹, Vũ Ngọc Hà¹,
Nguyễn Như Đua¹, Đặng Đức Nhu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh VLDD-TT và xác định một số yếu tố liên quan đến bệnh VLDD-TT ở người dân xã Vụ Bản, tỉnh Ninh Bình năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 400 người dân thuộc xã Vụ Bản, tỉnh Ninh Bình. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, thông qua phỏng vấn, khám lâm sàng và nội soi dạ dày, tá tràng từ tháng 8-9/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh viêm loét dạ dày - TT ở người dân chiếm 12,75%, trong đó nam giới mắc bệnh chiếm 76,47%, nữ mắc bệnh chiếm 23,53%. Triệu chứng lâm sàng biểu hiện đau vùng thượng vị chiếm 64,5%, trào ngược dạ dày chiếm 38,5%.Ợ hơi ợ chua 78,75%, đầy bụng khó tiêu 72,5%. Kết quả nội soi cho thấy viêm hang vị chiếm 33,33%, viêm bờ cong nhỏ 29,41%, viêm tá tràng chiếm 23,53%, viêm bờ cong lớn dạ dày 13,73%. Bệnh VLDD-TT có liên

quan với tuổi, giới tính, thức khuya, sử dụng rượu bia, đồ ăn chua cay, với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ viêm loét dạ dày, tá tràng ở người dân là 12,75%, trong đó nam giới là 76,47%, nữ giới là 23,53%. Yếu tố liên quan đến VLDD-TT chủ yếu là thức khuya, chế độ ăn uống, sinh hoạt không điều độ. Cần tăng cường các hoạt động truyền thông, tư vấn cho người dân các biện pháp dự phòng, điều trị bệnh viêm loét dạ dày, tá tràng ở cộng đồng một cách thường xuyên và liên tục.

Từ khóa: Viêm dạ dày, Tá tràng, xã Vụ Bản, viêm loét dạ dày - tá tràng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO GASTRIC AND DUODENAL ULCER DISEASE AMONG RESIDENTS IN VU BAN COMMUNE NINH BINH PROVINCE 2025

Objective: To describe the clinical characteristics of Gastric and Duodenal Ulcer Disease and to determine some related factors to Gastric and Duodenal Ulcer Disease among residents in Vu Ban Commune, Ninh Binh Province 2025. **Study Subjects**

¹Trường Đại học Y Dược - ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Nghĩa

Email: nghiakhanh2016@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025