

# ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NUỐT Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÀ NỘI VÀ BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2025

Phạm Thị Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hằng<sup>1</sup>,  
Lương Tuấn Khanh<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thanh Phương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm rối loạn nuốt của người bệnh đột quỵ tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội và bệnh viện Bạch Mai năm 2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 40 người bệnh đột quỵ có rối loạn nuốt. Lượng giá nuốt ở người bệnh được thực hiện bằng thang lượng giá nuốt MASA. **Kết quả và kết luận:** Đa số người bệnh có rối loạn nuốt mức độ trung bình và nhẹ (80%). Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu không có hít sặc hoặc hít sặc mức độ nhẹ (70%). Ở giai đoạn chuẩn bị miệng, đặc điểm nuốt nổi bật của người bệnh là suy giảm chức năng lưỡi: giảm vận động (72,5%), giảm sức mạnh cơ lưỡi (65%), giảm điều hợp lưỡi (52,5%). Ở giai đoạn miệng, hầu hết người bệnh có khả năng làm sạch thức ăn trong miệng, còn tồn đọng ít thức ăn (67,5%); thời gian vận chuyển trong miệng trễ, dài hơn 1 giây (40%). Trong giai đoạn hầu, đặc điểm nuốt nổi bật ở người bệnh là suy giảm chuyển động nâng thanh quản, khởi phát nâng chậm (70%) và có ho trước/trong/sau nuốt (57,4%).

**Từ khóa:** đột quỵ, rối loạn nuốt, thang MASA

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF DYSPHAGIA IN STROKE PATIENTS AT HANOI REHABILITATION HOSPITAL AND BACH MAI HOSPITAL IN 2025

**Aim:** To describe dysphagia in stroke patients at the Ha Noi Rehabilitation Hospital and Bach Mai Hospital in 2025. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 40 stroke patients with swallowing disorders. Swallowing assessment in patients was performed using the MASA assessment scale. **Results and conclusion:** The majority of patients had moderate and mild dysphagia (80%). The majority of patients in the study also had no aspiration or mild aspiration (70%). In the oral preparation phase, the prominent swallowing characteristics of patients were impaired tongue function (reduced mobility (72.5%), decreased tongue muscle strength (65%), decreased tongue coordination (52.5%). In the oral phase, most patients were able to clear food from the mouth, with little food remaining (67.5%); delayed transit time in the mouth, longer than 1 second (40%). In the pharyngeal phase, the swallowing characteristics in patients were impaired laryngeal elevation, slow onset

of elevation (70%) and cough before/during/after swallowing (57.4%).

**Keywords:** stroke, dysphagia, MASA

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nuốt là tình trạng chức năng nuốt bị suy giảm. Rối loạn nuốt xuất hiện ở khoảng 50% người bệnh đột quỵ. Rối loạn nuốt không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất mà còn tác động đến tâm lý của người bệnh [7]. Vì vậy cần phát hiện sớm rối loạn nuốt ở người bệnh nhằm phòng tránh các biến chứng. Tuy nhiên, để có thể đưa ra các biện pháp can thiệp chính xác phải dựa trên kết quả lượng giá tình trạng nuốt và mô tả được các đặc điểm về rối loạn nuốt của người bệnh. **Mục tiêu:** *Mô tả đặc điểm rối loạn nuốt của người bệnh đột quỵ tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh đột quỵ tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội và Trung tâm Phục hồi chức năng- Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 03 đến tháng 05 năm 2025

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh trên 18 tuổi có rối loạn nuốt (điểm MASA <177). Người bệnh và/hoặc người nhà đồng ý tham gia vào nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh rối loạn nuốt do các nguyên nhân khác. Người bệnh có rối loạn ý thức hoặc thở oxy qua mặt nạ. Người bệnh có bệnh nền nặng như xơ gan, suy thận, suy hô hấp nặng, suy tim, ung thư giai đoạn muộn.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, có phân tích

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** chọn tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, có 40 người bệnh đủ tiêu chuẩn được lựa chọn (28 người bệnh ở bệnh viện Bạch Mai và 12 người bệnh ở bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội)

Phương tiện nghiên cứu: Phiếu thu thập thông tin, thang lượng giá nuốt MASA, găng tay, đèn pin, que đũa lưỡi, nước lọc, cốc chia vạch, bánh mì, sữa chua, thìa

### Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Rà soát các hồ sơ bệnh án của tất cả những người bệnh được chẩn đoán là đột quỵ tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội và Trung

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vân

Email: vanpt@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

tâm Phục hồi chức năng- Bệnh viện Bạch Mai.

Bước 2: Giải thích mục đích, thông tin, các bước tiến hành nghiên cứu cho người bệnh, người nhà. Bước 3: Thu thập thông tin về bệnh sử và được ghi lại theo phiếu điều tra từ hồ sơ bệnh án.

Bước 4: Tiến hành đánh giá người bệnh theo thang MASA.

**Xử lý số liệu:** Phần mềm STATA 15

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

**Bảng 3.1. Tỷ lệ người bệnh theo giới và lứa tuổi**

Tuổi	Giới		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
≤60	7	17,5	4	10	11	27,5
>60	19	47,5	10	25	29	72,5
Tổng	26	65	14	35	40	100

**Nhận xét:** Người bệnh nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn gần 2 lần so với người bệnh là nữ (26/14). Nhóm người bệnh có độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ cao hơn 2.6 lần so với người bệnh dưới 60 tuổi (29/11).

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo thể đột quy**

Thể đột quy	n		%	
	Nhồi máu não	30	75	
Xuất huyết não	10	25		
Tổng	40	100		

**Nhận xét:** Nhóm người bệnh bị đột quy dạng nhồi máu gấp 3 lần số người bệnh đột quy dạng xuất huyết não (30/10).

**Bảng 3.3. Phân bố người bệnh có rối loạn nuốt theo bệnh lý kèm theo**

Bệnh lý kèm theo	n	%
Có	33	82,5
Không	7	17,5
Tổng	40	100

**Nhận xét:** Số người bệnh có bệnh lý kèm theo cao gấp gần 5 lần số người bệnh không có bệnh lý kèm theo

#### 3.3. Đặc điểm rối loạn nuốt của người bệnh tham gia nghiên cứu

**Bảng 3.4. Phân bố người bệnh theo mức độ rối loạn nuốt và hít sặc**

Mức độ rối loạn nuốt	Tình trạng	Tổng điểm trên thang MASA		n	%
	Nhẹ	168-177	14	35	
	Trung bình	139-167	18	45	
	Nặng	<138	8	20	

Mức độ hít sặc	Không bất thường	170-200	13	32.5
	Nhẹ	149-169	15	37.5
	Trung bình	<148	5	12.5
	Nặng	<140	7	17.5
<b>Tổng</b>			40	100

**Nhận xét:** Phần lớn người bệnh có rối loạn nuốt mức độ trung bình và nhẹ (45% và 35%). Tỷ lệ người bệnh có rối loạn nuốt mức độ nặng thấp với 20%. Người bệnh có nguy cơ hít sặc mức độ nhẹ với 37,5% hoặc không có hít sặc (32,5%), người bệnh có nguy cơ hít sặc trung bình chiếm tỉ lệ thấp nhất (12,5%)

**Bảng 3.5. Đặc điểm rối loạn nuốt giai đoạn chuẩn bị miệng**

Đặc điểm rối loạn nuốt		n	%
Khép kín môi	Không ngậm môi được, không thể đánh giá	1	2.2
	Đóng không kín, vận động hạn chế	0	0
	Yếu một bên, khả năng duy trì kém, giảm vận động	9	22.5
	Giảm chức năng nhẹ, thỉnh thoảng hở	14	35
Không bất thường		16	40
Nước bọt	chảy nước bọt rõ, không có khả năng kiểm soát, miệng há, cần yếm.	2	5
	luôn có chảy nước bọt ở mức độ nào đó	0	0
	thỉnh thoảng chảy nước bọt, khi nói, khi nằm nghiêng, khi mệt.	8	20
	có nước bọt ở khe miệng/nhổ nước bọt ra ly	3	7.5
không bất thường khi khám		27	67.5
Cử động lưỡi	Không có cử động	1	2.5
	Có rất ít cử động	3	7.5
	Cử động không hoàn chỉnh	4	10
	Giảm tầm mức độ nhẹ	29	72.5
Không bất thường		3	7.5
Sức mạnh cơ lưỡi	Yếu toàn thể	3	7.5
	Yếu rõ 1 bên	5	12.5
	Yếu nhẹ	26	65
Không có bất thường		6	15
Điều hợp lưỡi	Không có cử động/không khám được	10	25
	Giảm điều hợp rõ	5	12.5
	Giảm điều hợp nhẹ	21	52.5
Không có bất thường		4	10
Chuẩn bị miệng	Không thể đánh giá	0	0
	Không hình thành viên thức ăn/không cố gắng	4	10
	Nhai ít/ lưỡi đẩy thức ăn về phía trước/hạn chế xử lý thức ăn/hở	3	7.5

	trợ của trọng lực/thức ăn phân tán trong miệng/tư thế ngửa đầu bù trừ		
	Môi và lưỡi đóng, thức ăn đổ ra	18	45
	Không có bất thường	15	37.5

**Nhận xét:** Đa số người bệnh trong nghiên cứu đều kiểm soát nước bọt và ngậm môi tốt với tỷ lệ là 67.5 và 40%. Đa số người bệnh đều bị giảm tầm của lưỡi mức độ nhẹ (72.5%), suy giảm sức mạnh cơ lưỡi mức độ nhẹ (65%), giảm điều hợp lưỡi mức độ nhẹ (52.5%). Trong giai đoạn chuẩn bị trong miệng, đa số người bệnh đều môi, lưỡi đóng, thức ăn đổ ra chiếm tỷ lệ 45%.

**Bảng 3.6. Đặc điểm rối loạn nuốt giai đoạn miệng**

Đặc điểm rối loạn nuốt		n	%
<b>Phản xạ oẹ</b>	Không ghi nhận phản xạ nôn	1	2.5
	Mất 1 bên	0	0
	Giảm 1 bên	1	2.5
	Giảm 2 bên	6	15
	Không có bất thường	32	80
<b>Khẩu cái</b>	Không nâng lên và không căng	2	5
	Cử động rất ít, trào ngược mũi, thoát hơi mũi	1	2.5
	Yếu 1 bên, duy trì không liên tục	0	0
	Di động, mất cân xứng nhẹ	9	22.5
	Không có bất thường	28	70
<b>Nuốt hết thức ăn/uống</b>	Không làm sạch	3	7.5
	Làm sạch một phần, đọng lại	4	10%
	Làm sạch phần lớn, còn đọng ít	27	67.5
	Trong miệng không còn thức ăn	6	15
<b>Vận chuyển trong miệng</b>	Không thấy cử động/ không thể đánh giá	3	7.5
	Trễ, dài hơn 10 giây	0	0
	Trễ, dài hơn 5 giây	10	25
	Trễ, dài hơn 1 giây	16	40
	Không có bất thường	11	27.5

**Nhận xét:** Hầu hết người bệnh đều có phản xạ oẹ và khẩu cái không bất thường chiếm tỷ lệ lần lượt là 80% và 70%. Trong giai đoạn miệng, đa số người bệnh làm sạch phần lớn thức ăn/uống còn tồn đọng ít (67.5%) và vận chuyển trong miệng trễ, dài hơn 1 giây (40%).

**Bảng 3.7. Đặc điểm rối loạn nuốt giai đoạn hầu**

Đặc điểm rối loạn nuốt		n	%
<b>Ho chủ ý</b>	Không ho được/không thể lượng giá	9	22.5
	Cố gắng không thành công	3	7.5
	Có cố gắng thực hiện nhưng chậm, khàn	23	57.5
	Không có bất thường	5	12.5

<b>Phản xạ ho</b>	Không quan sát được/không thể lượng giá	3	7.5
	Phản xạ ho yếu	22	55
	Không có bất thường lúc khảm, phản xạ ho mạnh	15	37.5
<b>Giọng nói</b>	Mất giọng/ không thể lượng giá	2	8.9
	Giọng ứ đọng	3	6.7
	Khàn, khó kiểm soát cao độ và độ lớn	18	45
	Giảm nhẹ, giọng khàn nhẹ	12	30
	Không có bất thường lúc khảm	5	12
<b>Pha hầu</b>	Không có khởi đầu nuốt/ không thể đánh giá	3	7.5
	Nâng lên không hoàn toàn, cử động mất phối hợp kiểu giết cục, đọng thức ăn/giọng ứ đọng khi phát âm	7	17.5
	Hạn chế nhẹ khi nâng thanh quản, khởi đầu nâng chậm, nuốt không hết thức ăn	28	70
	Nâng lên tức thì và làm sạch hết thức ăn	2	5
	<b>Đáp ứng của hầu</b>	Không thể kiểm soát/giọng ứ đọng	5
Ho trước/trong/sau khi nuốt được kích hoạt		23	57.5
Không có bất thường		12	30

**Nhận xét:** Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu có tình trạng phản xạ ho, ho chủ ý, giọng chưa tốt chiếm tỷ lệ lần lượt là 55%, 57.5%, 45%. Đa số người bệnh đều có hạn chế nhẹ khi nâng thanh quản, khởi đầu nâng chậm, nuốt không hết thức ăn (70%) và có ho trước/trong/sau khi nuốt (57.5%).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của người bệnh

**Tuổi và giới.** Kết quả từ nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh nam giới và nữ giới chiếm tỷ lệ lần lượt là 57.8%, 31.1% (26/14=1.85). Tỷ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Lê Mai Trà Mi và cs (2024) [3], tỷ lệ nam/nữ=1.5/1. Sự chênh lệch về giới này có thể được giải thích do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ giới như các thói quen có hại: thói quen hút thuốc lá, sử dụng bia rượu.

Tỷ lệ người bệnh >60 tuổi gấp 2,6 lần số người bệnh ≤60 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Hồng Thuý (2022) [4] với nhóm ≥60 tuổi chiếm tỷ lệ 73,1%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân, Phạm Văn Minh (2021) cũng đã chỉ ra đột tuổi ≥60 tuổi chiếm tới 81,8% [5]. Đây là tuổi mà các chức năng của các hệ cơ quan tham gia vào hoạt động nuốt thường bị suy giảm hơn so với lứa tuổi trẻ. Đột quy não là một bệnh thần kinh mạch máu có liên quan đến tuổi.

Tuổi càng cao càng có nguy cơ mắc các bệnh mạn tính như tim mạch, rối loạn chuyển hóa lipid, do vậy nguy cơ đột quỵ não càng tăng.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

**Thể đột quỵ.** Kết quả nghiên cứu cho thấy trong tổng số 40 bệnh nhân sau đột quỵ, thể nhồi máu não chiếm ưu thế với 75%, trong khi xuất huyết não chỉ chiếm 25%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đan và Trương Quang Trung cho thấy số lượng người bệnh rối loạn nuốt thể nhồi máu não cao gấp 6 lần số lượng người bệnh xuất huyết não (48/7) [1]. Tỷ lệ này phản ánh xu hướng chung trong lâm sàng, khi nhồi máu não thường gặp hơn so với xuất huyết não.

#### Bệnh lý kèm theo

Trong nghiên cứu của chúng tôi số người bệnh có bệnh lý kèm theo cao gấp gần 5 lần số người bệnh không có bệnh lý kèm theo. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Đan và Trương Quang Trung (2023) cho thấy tỉ lệ người bệnh đột quỵ có rối loạn nuốt có bệnh lý nền kèm theo cao gấp hơn 5,07 lần số người bệnh không có bệnh lý nền kèm theo [1]. Mặc dù tỉ lệ người bệnh có bệnh lý nền trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của các tác giả này nhưng cả hai nghiên cứu đều chỉ ra nhóm có bệnh lý nền có biểu hiện rối loạn nuốt nhiều hơn. Điều này cho thấy bệnh lý kèm theo đóng vai trò quan trọng, phổ biến ở nhóm bệnh nhân rối loạn nuốt.

#### 4.3. Đặc điểm rối loạn nuốt

**Mức độ rối loạn nuốt.** Đánh giá các mức độ rối loạn nuốt theo thang MASA, nghiên cứu này ghi nhận tỉ lệ người bệnh có rối loạn nuốt mức độ trung bình là 45%, mức độ nhẹ là 35%, mức độ nặng là 20%. Nghiên cứu chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân, Phạm Văn Minh (2021) cũng sử dụng thang điểm MASA để đánh giá với số lượng người bệnh có rối loạn nuốt mức độ nhẹ, trung bình, nặng lần lượt là 33.3%; 54.6%; 12.2% [5]. Tương tự, nghiên cứu của Bùi Thị Hồng Thuý (2022), cho thấy đa số người bệnh cũng có rối loạn nuốt mức độ trung bình và nhẹ (46,3% và 41.5%), tỉ lệ người bệnh có rối loạn nuốt nặng chỉ chiếm 12.2% [4]. Điều này có thể được giải thích do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội (bệnh nhân đột quỵ đa phần từ các bệnh viện khác chuyển đến) và Trung tâm Phục hồi chức năng Bạch Mai (bệnh nhân được chuyển đến từ khoa Nội, thần kinh). Do đó, người bệnh đã qua giai đoạn cấp và chuyển sang giai đoạn phục hồi. Việc quản lý tình trạng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tính làm giảm đáng kể tình trạng trên khi người bệnh ở giai đoạn phục hồi chức năng.

**Mức độ hít sặc.** Kết quả bảng 3.5 cho thấy tỉ lệ hít sặc của 40 người bệnh trong nghiên cứu này cũng tương đương với kết quả của tác giả Bùi Thị Hồng Thuý và cs (2022): người bệnh có nguy cơ hít sặc nhẹ chiếm 63.5%, không có nguy cơ hít sặc 19,5%, thấp nhất là nguy cơ mức trung bình với tỉ lệ 2.4% [4].

Biến chứng nghiêm trọng nhất của rối loạn nuốt là viêm phổi hít, mất nước và suy dinh dưỡng. MASA là thang đo có ưu điểm trong việc chỉ ra mức độ hít sặc của người bệnh. Một số nghiên cứu sâu hơn đã chỉ ra điểm số ngưỡng dự đoán người bệnh có hít sặc cao ở những bệnh nhân đột quỵ bán cấp [8]. Điều này rất có ý nghĩa trên lâm sàng.

**Đặc điểm nuốt.** Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận rối loạn nuốt theo từng giai đoạn. Ở giai đoạn chuẩn bị miệng, đặc điểm nuốt nổi bật của người bệnh là suy giảm chức năng lưỡi (giảm vận động lưỡi 71.1%, giảm sức mạnh cơ lưỡi 64,4%, giảm điều hợp lưỡi 48.9%). Đây là nguyên nhân dẫn tới tình trạng suy giảm khả năng chuẩn bị viên thức ăn trong miệng. Ở giai đoạn miệng, hầu hết người bệnh đều làm sạch phần lớn thức ăn trong miệng, còn tồn đọng ít (66.7%) và thời gian vận chuyển trong miệng trễ, dài hơn 1 giây (37.8%). Sức mạnh của lưỡi đóng vai trò quan trọng trong việc di chuyển viên thức ăn [6]. Vì vậy suy giảm chức năng của lưỡi có thể chính là nguyên nhân ảnh hưởng đến rối loạn nuốt giai đoạn miệng. Việc chỉ rõ nguyên nhân sẽ giúp cho xác định bài tập nào (bài tập trực tiếp hay gián tiếp; bài tập cho cơ vùng môi, vùng má hay vùng hàm trong các bài tập vận động miệng) có hiệu quả với người bệnh [2]. Ở giai đoạn hầu, nghiên cứu cho thấy nguyên nhân dẫn tới rối loạn nuốt giai đoạn này là do người bệnh có hạn chế nhẹ khi nâng thanh quản, khởi đầu nâng chậm, nuốt không hết thức ăn (70%). Chỉ có 3 người bệnh không quan sát được ho, còn lại 55% người bệnh có ho yếu với tỉ lệ gần tương đương người bệnh có ho trước/trong sau khi nuốt được kích hoạt là 57.5%. Việc chỉ rõ yếu tố ảnh hưởng tới rối loạn nuốt giai đoạn hầu giúp chuyển viên ngôn ngữ trị liệu xác định được bài tập giúp cải thiện các nhóm cơ vùng hầu họng, cải thiện khởi phát nuốt, làm sạch họng; ngăn ngừa thức ăn rơi vào đường thở ở giai đoạn hầu hay giảm tồn đọng thức ăn trong vùng hầu họng.

## V. KẾT LUẬN

Người bệnh trong nghiên cứu chủ yếu là nam giới và trên 60 tuổi. Rối loạn nuốt thể hiện rõ ở cả ba giai đoạn nuốt. Giai đoạn chuẩn bị

miệng nổi bật với suy giảm chức năng lưỡi; giai đoạn miệng có tổn động thức ăn và thời gian vận chuyển kéo dài; giai đoạn hầu đặc trưng bởi suy giảm vận động nâng thanh quản và xuất hiện ho liên quan đến nuốt

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đan, N. V., & Trung, T. O. (2024). Thực trạng rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan trên người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 534(1).
- Hiên, N. T. T., Thônà, T. H., Hùna, N. Đ., Dũna, Đ. T., & Thắna, P. X. (2024). Sàng lọc rối loạn nuốt tại gia đình cho người bệnh nhồi máu não cấp theo thang điểm GUSS. Tạp chí Y học Việt Nam, 534(1).
- Lê Mai Trà Mi, Hoàng Khánh Linh, Hoàng Hải My (2024). Thực trạng rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đột quỵ não điều trị nội trú tại bệnh viện đại học y hà nội năm 2023–2024. Tạp chí nghiên cứu Y học, 181(08), 210.
- Bùi Thị Hồng Thuý, Nguyễn Trọng Lưu, Phạm Thị Lê Hằng và cs (2022). Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều bằng các bài tập nuốt kết hợp liệu pháp phản hồi sinh học. Tạp chí Y học Việt Nam, 519(số đặc biệt).
- Nguyễn Thị Vân, Phạm Văn Minh (2021). Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não bằng các bài tập nuốt kết hợp chất làm đặc thức ăn. Tạp Chí Y học Việt Nam, 507(1).
- Hirota, N., Konaka, K., Ono, T., Tamine, K., Kondo, J., Hori, K.,... & Naritomi, H. (2010). Reduced tongue pressure against the hard palate on the paralyzed side during swallowing predicts dysphagia in patients with acute stroke. Stroke, 41(12), 2982-2984.
- McCarty EB., Chao TN. (2021). "Dysphagia and Swallowing Disorders". Medical Clinics of North America, 105 (5), 939–954.
- Paniikaran N.D., Iyer R., Sudevan R., et al (2022). Utility of modified Mann assessment of swallowing ability (MMASA) in predicting aspiration risk and safe swallow in stroke patients. Journal of Family Medicine and Primary Care, 11(9), 5123-5128.

## GIÁ TRỊ CỘNG HƯỞNG TỪ KHUẾCH TÁN TRONG CHẨN ĐOÁN U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI LÀNH TÍNH VÀ ÁC TÍNH THƯỜNG GẶP

Võ Đoàn Nhật Vy<sup>1</sup>, Nguyễn Sĩ Bảo<sup>2</sup>, Huỳnh Quang Huy<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) của các u tuyến nước bọt mang tai (TNBMT) lành tính và ác tính thường gặp; đánh giá giá trị các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ trong phân biệt u lành tính và ác tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 39 bệnh nhân có u TNBMT được chụp CHT tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM (01/2019–6/2025) và có kết quả giải phẫu bệnh xác nhận. Chúng tôi đánh giá các đặc điểm hình ảnh trên CHT thường quy và khuếch tán, giá trị hệ số khuếch tán biểu kiến (ADC) của u, ADC tuyến mang tai bình thường, tỉ số rADC giữa hai giá trị trên. **Kết quả:** U TNBMT ác tính thường có bờ không rõ (43,8%), không có vỏ bao (95,7%), phù quanh u (60,9%), xâm lấn mô xung quanh (47,8%) và hạch cổ (30,4%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với u TNBMT lành tính ( $p < 0,05$ ). Trên CHT khuếch tán, 56,5% u TNBMT ác tính có hạn chế khuếch tán mạnh (tín hiệu DWI cao, thấp trên ADC) trong khi đa số u lành không hạn chế khuếch tán. Giá trị ADC trung bình dựa vào ROI thành phần đặc trong tổn thương ở nhóm u ác

tính thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm u lành tính, với  $p < 0,001$ . Dựa trên đường cong ROC và tính toán chỉ số Youden lớn nhất, điểm cắt  $1,057 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$  cho giá trị tối ưu trong chẩn đoán, cho phép dự đoán u ác tính với độ nhạy 78,3%, đặc hiệu 93,7%. Tỉ số rADC cũng thấp hơn ở u ác (1,04 so với 1,32;  $p = 0,001$ ). **Kết luận:** CHT có độ tin cậy trong phân biệt u TNBMT lành tính và ác tính, sự kết hợp đánh giá hình ảnh hình thái CHT và đo lường hệ số khuếch tán ADC dựa vào ROI thành phần đặc trong tổn thương có giá trị trong chẩn đoán phân biệt u tuyến mang tai lành tính và ác tính.

**Từ khóa:** Cộng hưởng từ; u tuyến nước bọt mang tai; giá trị khuếch tán biểu kiến, rADC

### SUMMARY

#### MRI FEATURES OF COMMON PAROTID GLAND TUMORS: DIFFERENTIATING BENIGN AND MALIGNANT LESIONS

**Objectives:** To characterize the magnetic resonance imaging (MRI) features of common benign and malignant parotid gland tumors (PGTs) and to evaluate the diagnostic value of MRI—particularly diffusion-weighted imaging (DWI) and the apparent diffusion coefficient (ADC)—for differentiating benign from malignant lesions. **Methods:** We conducted a cross-sectional descriptive study of 39 patients with PGTs who underwent MRI at Ho Chi Minh City Oncology Hospital, Viet Nam, between January 2019 and June 2025, with histopathology as the reference standard. Conventional MRI morphology and DWI were assessed. Quantitative measurements included

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Trường Đại học Khoa học Sức khỏe

<sup>3</sup>Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025