

tim. Các bệnh nhân nữ, tuổi cao và BMI ≥ 23 kg/m² có xu hướng nồng độ NT-proBNP cao hơn, cần theo dõi định kỳ để đánh giá diễn biến suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Trường Sinh và Nguyễn Ngọc Quý.** Xác định nồng độ, mối liên quan, tương quan giữa NT-proBNP huyết tương và mức độ, hình thái, chức năng thất trái ở bệnh nhân suy tim tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh, Tạp chí Y học Việt Nam. (2022): 513(1).
2. **Đoàn Thịnh Trường, Nguyễn Oanh Oanh và Nguyễn Quang Toàn.** Nghiên cứu sự biến đổi nồng độ NT-proBNP huyết tương và đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim do bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, Tạp chí Y học Việt Nam, (2021): 502(1).
3. **Nguyễn Minh Trí và Trần Việt An.** Nghiên cứu nồng độ NT-proBNP huyết thanh và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy tim mạn tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang, (2019).
4. **Phạm Mạnh Hùng, Phạm Nguyễn Vinh và cộng sự.** Khuyến cáo của hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị bệnh suy tim cấp và suy tim mạn tính, Hội Tim mạch học Việt Nam. (2022).
5. **C.L. Hung, T.F. Chao, C.T. Tsai, J.N. Liao, S.S. Lim, T.C. Tuan, T.J. Chen, Y.H. Chan, S.A. Chen, C.E. Chiang,** Prevalence, Incidence, Lifetime Risks, and Outcomes of Heart Failure in Asia: A Nationwide Report, JACC. Heart failure 11(10) (2023) 1454-1456.
6. **Ha Manh Tuan, Do Anh Duong, Le Viet Tung.** Effect of body mass index on N-terminal pro-brain natriuretic peptide values in patients with heart failure. The Egyptian Heart Journal. 75(1) (2023) 75.
7. **M.R. MacDonald, W.T. Tay, T.K. Teng, I. Anand, L.H. Ling, J. Yap, J. Tromp, G.S. Wander, A. Naik, T. Ngarmukos, B.B. Siswanto, C.L. Hung, A.M. Richards, C.S.P. Lam,** Regional Variation of Mortality in Heart Failure With Reduced and Preserved Ejection Fraction Across Asia: Outcomes in the ASIAN-HF Registry, Journal of the American Heart Association 9(1) (2020) e012199.
8. **W.J. Austin, V. Bhalla, I. Hernandez-Arce, S.R. Isakson, J. Beede, P. Clopton, A.S. Maisel, R.L. Fitzgerald,** Correlation and prognostic utility of B-type natriuretic peptide and its amino-terminal fragment in patients with chronic kidney disease, American journal of clinical pathology 126(4) (2006) 506-12.

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG NUỐT Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUÝ THIẾU MÁU NÃO CẤP

Đặng Nhất Tâm¹, Nguyễn Huy Thắng², Trương Lê Tuấn Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố tiên lượng liên quan đến tình trạng rối loạn chức năng nuốt ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tại khoa bệnh lý mạch máu não, bệnh viện nhân dân 115. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ thiếu máu não cấp trong vòng 72 giờ sau khởi phát. **Kết quả:** Từ tháng 11/2022 đến tháng 8/2023 chúng tôi khảo sát được 278 bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp. Tỷ lệ rối loạn chức năng nuốt được ghi nhận là 38,8%. Dân số nghiên cứu có độ tuổi trung bình: $63,6 \pm 12,8$ tuổi, Nam giới chiếm 53,2%. Điểm NIHSS trung bình 12,7, tỷ lệ đột quỵ thiếu máu não tuần hoàn trước chiếm 91,7%. Về các yếu tố nguy cơ: Tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 64,7%, tiền căn đột quỵ chiếm 22,3%, đái tháo đường chiếm 36,3%, rối loạn lipid máu chiếm 55,4%, hút thuốc lá chiếm 37,8%, nghiện rượu chiếm 25,9%, thừa cân/béo phì chiếm 34,9%/19,1%, rung nhĩ chiếm

7,6%. Các yếu tố tiên lượng đến RLCN nuốt ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp gồm: Tuổi cao trên 80, điểm Glasgow ≤ 13 , tổn thương thùy trán, phân loại TOAST bệnh lý mạch máu lớn, điểm NIHSS trên 11, điểm ASPECT thấp ≤ 7 . Không ghi nhận các biến chứng liên quan đến test nuốt nước trong nghiên cứu. **Kết luận:** Rối loạn chức năng nuốt ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp rất thường gặp. Các yếu tố: Tuổi cao trên 80, điểm Glasgow ≤ 13 , tổn thương thùy trán, phân loại TOAST bệnh lý mạch máu lớn, điểm NIHSS trên 11, điểm ASPECT thấp ≤ 7 làm gia tăng nguy cơ rối loạn chức năng nuốt.

SUMMARY

EVALUATION OF PREDICTIVE FACTORS OF DYSPHAGIA IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS

Objective: Identifying prognostic factors related to swallowing dysfunction in patients with acute ischemic stroke at the cerebrovascular disease department, 115 People's Hospital. **Subject and method:** Descriptive, prospective cross-sectional study. Sampling method: Convenience sampling. Patients were diagnosed with acute ischemic stroke within 72 hours of onset. **Result:** From November 2022 to August 2023, we surveyed 278 patients with acute ischemic stroke at the Department of Cerebrovascular Diseases, 115 People's Hospital. The rate of swallowing dysfunction was 38.8%. The study

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Nhất Tâm

Email: tamdang.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

population had an average age of 63.6 ± 12.8 years old, 53.2% were male. The average NIHSS score was 12.7, the rate of anterior circulation ischemic stroke was 91.7%. Regarding risk factors: The rate of hypertension accounted for 64.7%, history of stroke accounted for 22.3%, diabetes accounted for 36.3%, dyslipidemia accounted for 55.4%, smoking accounted for 37.8%, alcoholism accounted for 25.9%, overweight/obesity accounted for 34.9%/19.1%, atrial fibrillation accounted for 7.6%. Prognostic factors for swallowing dysfunction in patients with acute ischemic stroke include: Age over 80, Glasgow coma scale ≤ 13 , frontal lobe lesion, TOAST classification of large vessel disease, NIHSS score above 11, ASPECT score ≤ 7 . No complications related to swallow test were recorded in the study. **Conclusion:** Swallowing dysfunction in patients with acute ischemic stroke is very common. Factors: Older age over 80, Glasgow score ≤ 13 , frontal lobe lesion, TOAST classification of large vessel disease, NIHSS score over 11, ASPECT score ≤ 7 increase the risk of swallowing dysfunction in AIS patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ thiếu máu não cấp là một trong hai thể chính của đột quỵ não, chiếm từ 80-87% trong tổng số các ca đột quỵ não¹. Hiện nay đã có nhiều tiến bộ vượt bậc trong điều trị cấp đột quỵ thiếu máu não giúp cứu sống và giảm tỉ lệ tàn phế. Bên cạnh đó, việc phòng ngừa các biến chứng như viêm phổi hít do nuốt sặc vẫn còn nhiều thách thức.²

Rối loạn chức năng nuốt (RLCN nuốt, Dysphagia, hay nuốt khó) là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân đột quỵ nói chung và đột quỵ thiếu máu não cấp nói riêng. RLCN nuốt ở BN đột quỵ thường xuất hiện ngay trong 7 ngày đầu khởi phát.³ Khoảng 21% bệnh nhân đột quỵ được đưa vào các đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU) và nguy cơ tử vong có thể tăng lên gấp ba lần.⁴ Vì vậy, việc đánh giá sớm chức năng nuốt ở BN đột quỵ có thể giảm thiểu nguy cơ biến chứng liên quan và cải thiện hiệu quả điều trị trong giai đoạn cấp và kết cục về lâu dài.

Tần suất RLCN nuốt ở BN đột quỵ cấp dao động khá nhiều, từ 19%-81% tùy theo đặc tính dân số nghiên cứu, mức độ tổn thương đột quỵ, thời gian và phương pháp đánh giá⁵. Có nhiều phương pháp đánh giá chức năng nuốt được áp dụng trên thế giới cũng như trong nước; và hiện tại chưa có phương pháp thường quy nào được xem là tiêu chuẩn vàng để xác định nguy cơ hít sặc trên bệnh nhân đột quỵ.

Hiện tại, nhiều Khoa-đơn vị đột quỵ tại TP HCM và trên cả nước đang áp dụng quy trình tầm soát chức năng nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não bằng Test nuốt nước (Test nuốt) của Hội đột quỵ TP HCM triển khai thường quy cho bệnh nhân đột quỵ cấp. Hiện chưa có nhiều đề tài

nghiên cứu khảo sát RLCN nuốt với quy trình áp dụng test nuốt nước.

Việc khảo sát các yếu tố tiên lượng RLCN nuốt giúp nhận diện sớm nguy cơ RLCN nuốt trên lâm sàng và nâng cao thái độ xử trí để can thiệp sớm cho bệnh nhân đột quỵ có nguy cơ cao, giúp phòng ngừa các biến chứng liên quan. Nhiều nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới đã chỉ ra những yếu tố liên quan đến khả năng RLCN nuốt ở bệnh nhân đột quỵ như: điểm NIHSS, vị trí tổn thương não, điểm ASPECT, phân loại TOAST, tuổi cao, bệnh đồng mắc, ... Tuy nhiên các kết quả trong các nghiên cứu còn khác nhau, ít đồng nhất và cần khảo sát thêm nghiên cứu để làm rõ mối tương quan ở các quần thể dân số. Đó chính là câu hỏi và mục tiêu chính của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi mong muốn khảo sát đặc điểm và các yếu tố tiên lượng của RLCN nuốt ở dân số bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tại bệnh viện Nhân dân 115, nhằm đóng góp thêm bằng chứng khoa học cho vấn đề RLCN nuốt ở bệnh nhân đột quỵ, với các mục tiêu sau:

1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học ở mẫu nghiên cứu.
2. Xác định tỉ lệ RLCN nuốt ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp.
3. Xác định các yếu tố tiên lượng liên quan đến RLCN nuốt ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số nghiên cứu:

- Dân số mục tiêu: Bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp.
- Dân số chọn mẫu: Bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp đang điều trị tại khoa bệnh lý mạch máu não, bệnh viện nhân dân 115 và thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn vào:

- Tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- Được chẩn đoán đột quỵ thiếu máu não cấp trong vòng 72h sau khởi phát (dựa vào triệu chứng lâm sàng và hình ảnh CT hoặc MRI sọ não)
- Điểm hôn mê Glasgow > 11 điểm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các nguyên nhân khác gây nuốt khó: ung thư vùng hầu-họng, dị dạng thực quản, U tuyến giáp, U trung thất, U não.
- Bệnh nhân và gia đình của bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu.

2.2.2. Thời gian và địa điểm: Tiến hành từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 08 năm 2023, tại khoa Bệnh lý mạch máu não, bệnh viện Nhân dân 115.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính dựa vào công thức ước lượng 1 tỉ lệ: N = 272.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 22.0 và sử dụng các thuật toán thống kê phân tích trong y học.

2.5. Xét duyệt y đức: Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng Y đức của Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch (số 695/TĐHYKPNT-HĐĐĐ) và Hội đồng Y đức của Bệnh viện Nhân dân 115 (số 3797/BVND115-NCKH).



Hình 1: Sơ đồ Nghiên cứu



Hình 2: Test nuốt nước

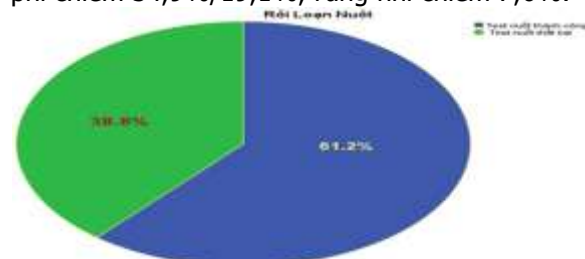
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu. Từ tháng 11/2022 đến tháng 8/2023 chúng tôi khảo sát được 278 bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp. Tỉ lệ RLCN nuốt được ghi nhận là 38,8%.

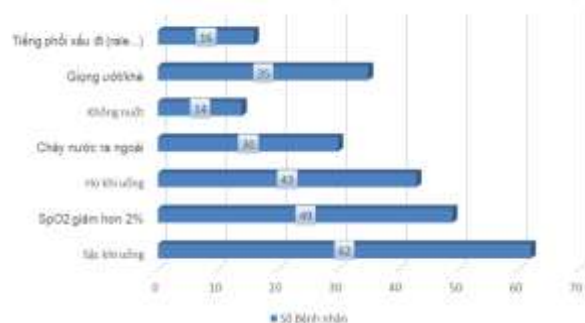
Dân số nghiên cứu có độ tuổi trung bình: $63,6 \pm 12,8$ tuổi, Nam giới chiếm 53,2%. Điểm NIHSS trung bình 12,7. Tỉ lệ đột quỵ thiếu máu

não tuần hoàn trước chiếm 91,7%. Tỉ lệ viêm phổi ghi nhận 10,8%.

Các yếu tố nguy cơ ghi nhận: Tỉ lệ tăng huyết áp chiếm 64,7%, tiền căn đột quỵ chiếm 22,3%, đái tháo đường chiếm 36,3%, rối loạn lipid máu chiếm 55,4%, hút thuốc lá chiếm 37,8%, nghiện rượu chiếm 25,9%, thừa cân/béo phì chiếm 34,9%/19,1%, rung nhĩ chiếm 7,6%.



Biểu đồ 1: Tỉ lệ Rối loạn chức năng nuốt
Biểu đồ các triệu chứng khi test nuốt



Biểu đồ 2: Triệu chứng và đo độ bảo vệ oxy nhóm bệnh nhân test nuốt thất bại

Biến chứng và độ an toàn: Không ghi nhận trường hợp bệnh nhân xuất hiện tình trạng suy hô hấp cấp, co giật, giảm tri giác... trong và sau khi thực hiện test nuốt nước.

Bảng 1: Mối liên quan giữa RLCN nuốt với điểm NIHSS khi nhập viện

Điểm NIHSS	Có RLCN nuốt		Không RLCN nuốt		p
	Số BN	Tỉ lệ	Số BN	Tỉ lệ	
0-4	0	0%	6	100%	<0,001
5-15	40	20,2%	158	79,8%	
16-20	39	86,7%	6	13,3%	
21-42	29	100%	0	0%	
Tổng	108	38,8%	170	61,2%	

RLCN nuốt tăng dần theo mức độ nặng lâm sàng (điểm NIHSS): điểm NIHSS càng cao tỉ lệ RLCN nuốt càng nhiều. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Khi chia nhỏ thang điểm Nihsss, ghi nhận sự gia tăng tỉ lệ RLCN nuốt khi NIHSS càng tăng ($p < 0,001$). Trong đó, có sự gia tăng đột biến tỉ lệ rối loạn nuốt ở khoảng NIHSS (8-10) với 10,5%, sang khoảng NIHSS (11-13) với 41%.

Bảng 2: Mối liên quan giữa RLCN nuốt với điểm Glasgow lúc nhập viện

Điểm Glasgow	Có RLCN nuốt		Không RLCN nuốt		p
	Số BN	Tỉ lệ	Số BN	Tỉ lệ	
12-13	79	71,8%	31	28,2%	<0,001
14-15	32	19,5%	136	80,5%	

Ở nhóm bệnh nhân điểm Glasgow 12 – 13, tỉ lệ RLCN nuốt cao 71,8% so với nhóm bệnh nhân điểm Glasgow 14-15 điểm chỉ có (19,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê rõ rệt (với $p < 0,001$).

Bảng 3: Mối liên quan giữa RLCN nuốt với phân loại TOAST

Nguyên nhân	Có RLCN nuốt		Không RLCN nuốt		p
	Số BN	Tỉ lệ	Số BN	Tỉ lệ	
Bệnh lý mạch máu lớn	63	56,3%	49	43,8%	<0,001
Bệnh lý mạch máu nhỏ	4	5,7%	66	94,3%	
Lắp mạch từ tim	20	80%	5	20%	
Nguyên nhân khác	8	40%	12	60%	
Nguyên nhân chưa xác định	22	43,1%	29	56,9%	

Nhóm có căn nguyên từ tim có tỉ lệ RLCN nuốt cao nhất (80.0%), tiếp đến là nhóm căn nguyên mạch máu lớn (56.3%), cao hơn tỉ lệ RLCN nuốt ở các nhóm phân loại khác.

Bảng 4: Mối liên quan giữa RLCN nuốt với điểm ASPECTS

Thang điểm ASPECTS	Có RLCN nuốt		Không RLCN nuốt		p
	Số BN	Tỉ lệ	Số BN	Tỉ lệ	
0-5	59	83,1%	12	16,9%	<0,001
6-7	68	55,7%	54	44,3%	
8-9	16	25,8%	46	74,2%	
10	1	12,5%	7	87,5%	
TB±ĐLC	7,2±1,4		8,7±0,6		<0,001

Nhóm điểm ASPECTS ≤ 7 thì tỉ lệ nuốt khó cao hơn hẳn so với nhóm ASPECTS 8-10: 83,1% ở nhóm ASPECTS 0-5 và 55,7% ở nhóm ASPECTS 6-7. Trong khi đó, nhóm điểm ASPECTS 10 tỉ lệ nuốt khó chỉ 12,5%, $p < 0,001$.

Điểm trung bình ASPECTS (+/- độ lệch chuẩn) giữa 2 nhóm RLCN nuốt ($7,2 \pm 1,4$) và không có RLCN nuốt ($8,7 \pm 0,6$) cũng có khác biệt rõ, $p < 0.001$.

Bảng 5: Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố có thể dự báo RLCN nuốt (N=278)

Yếu tố	OR _{hc}	KTC 95%	Phc
Tuổi*	1,68	1,15-2,46	0,003
Điểm GCS	4,86	1,45-16,3	0,041

Tổn thương thủy trán	11,4	4,22-30,8	<0,001
NIHSS*	20,6	5,59-76,3	0,009
TOAST: Bệnh lý mạch máu lớn	1,79	1,08-2,35	0,035
ASPECTS	2,37	1,93-2,71	0,027

Trong phân tích đa biến bằng phương pháp đưa vào các biến có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến, kết quả nghiên cứu cho thấy có 6 biến là: độ tuổi (>70), điểm GCS (≤ 13), mức độ nặng lâm sàng theo thang điểm NIHSS (≥ 11), phân nhóm nguyên nhân theo phân loại TOAST (bệnh lý mạch máu lớn), điểm ASPECTS (≤ 7), tổn thương thủy trán có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $63,61 \pm 12,76$ tuổi, độ tuổi trung vị 63, thấp nhất 32 tuổi và lớn nhất 96 tuổi, khá tương đồng với nhiều nghiên cứu.

Về đặc tính nền và các yếu tố nguy cơ đột quỵ, kết quả cũng cho thấy tỉ lệ và thứ tự các yếu tố nguy cơ cũng gần tương đồng: Tăng huyết áp, Rối loạn lipid máu, Đái tháo đường, thừa cân và hút thuốc lá chiếm tỉ lệ cao. Tỉ lệ rung nhĩ (7,6%) chiếm tỉ lệ thấp nhất trong các YTNC, phù hợp với tần suất của đa số các nghiên cứu.

Về tỉ lệ RLCN nuốt, có sự tương đồng lẫn khác biệt với tỉ lệ RLCN nuốt trong 1 số nghiên cứu trong và ngoài nước. Kết quả của chúng tôi phù hợp gần nhất với kết quả của tác giả Đinh Thị Hoa⁶, có lẽ do nghiệm pháp sàng lọc chức năng nuốt, đặc tính dân số, mức độ nặng đột quỵ tương đối giống nhau. Tương tự với một số NC nước ngoài. Tuy nhiên so với 1 số nghiên cứu khác thì thấp hơn (nhất là những test nuốt có can thiệp, test nhiều loại thức ăn khác nhau như nghiệm pháp GUSS, MANN). Tỉ lệ này dao động rộng, tùy vào đặc tính của mẫu bệnh nhân, mức độ nặng đột quỵ, cỡ mẫu nghiên cứu và nghiệm pháp sàng lọc chức năng nuốt cho mỗi nghiên cứu là khác nhau.

Trong phân tích đa biến, kết quả cho thấy có 6 biến là: độ tuổi cao, điểm GCS cao, mức độ nặng lâm sàng theo thang điểm NIHSS, tổn thương thủy trán, phân nhóm nguyên nhân theo phân loại TOAST (bệnh lý mạch máu lớn), điểm ASPECTS, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với 1 số nghiên cứu được ghi nhận.

Những yếu tố này có mối tiên lượng mạnh và cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Yếu tố tuổi cao có thể lý giải do do ít răng, tổ chức liên kết lưỡi lỏng lẻo, suy giảm hoạt động một số nhóm cơ và tuyến nước bọt, giảm sự nâng lên của thanh quản và cơ xương móng, chậm các cơ co thắt hầu, khó

phát pha hầu chậm do vậy từ cơ chế sinh lý kết hợp với đột quy làm tổn thương hệ thần kinh và các nhóm cơ vận động ở não gây ra tình trạng nuốt khó gia tăng. Yếu tố thang điểm GCS và NIHSS cao, điểm ASPECTS thấp thể hiện tình trạng đột quy nặng, tương ứng với vùng não bị tổn thương nhiều cũng giải thích liên quan đến tình trạng thức tỉnh, khả năng tổn thương chi phối đến quá trình nuốt của bệnh nhân đột quy. Trong nghiên cứu của tác giả Christian Henke⁷, khảo sát trên 1646 Bn đột quy giai đoạn cấp, ghi nhận điểm NIHSS càng cao thì tỉ lệ RLCN nuốt càng cao; tuy nhiên điểm cut-off là 5,5 điểm (trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm cut-off là 9). Có lẽ protocol test nuốt trong nghiên cứu này có ngưỡng chẩn đoán cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận những mục NIHSS quan trọng như liên quan đến vận động tay chân và cơ vùng mặt, ngôn ngữ, nói đớ, thì sẽ gia tăng tỉ lệ RLCN nuốt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Kết quả này cũng tương đồng với phát hiện trong 1 số nghiên cứu, như của tác giả Wen-Chih Lin khi ghi nhận những Bn đột quy có mức điểm cao ở mục điểm 4 (điểm liệt mặt) và mục 9 (điểm lời nói), sẽ gia tăng tỉ lệ RLCN nuốt.

Yếu tố phân loại TOAST căn nguyên mạch máu lớn cũng phản ánh mức độ tổn thương vùng não rộng do mạch máu lớn chi phối, liên quan đến mức độ nặng của đột quy, làm gia tăng khả năng RLCN nuốt. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (khi phân tích đa biến) ở phân loại TOAST căn nguyên từ tim, có lẽ cỡ mẫu chưa đủ lớn.

Về vị trí thùy hoặc vùng não tổn thương, trong phân tích đơn biến, chúng tôi ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thùy trán, thái dương, thùy đảo với tình trạng RLCN nuốt. Tuy nhiên khi phân tích đa biến, chỉ ghi nhận tổn thương thùy trán thực sự có ý nghĩa thống kê đến RLCN nuốt. Sự tương đồng và khác biệt này cũng phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu. Trong một số NC trong nước và nước ngoài, ghi nhận sự khác nhau về vị trí tổn thương não đến RLCN nuốt. Trong 1 bài phân tích tổng quan của tác giả Qin Y (2023)⁸, ghi nhận những vùng não có liên quan đến RLCN nuốt là: thùy đảo, thùy trán, thùy thái dương, hạch nền, hồi sau trung tâm, hồi trước trung tâm, vành tia.

V. KẾT LUẬN

1. Đột quy thiếu máu não cấp ở những bệnh nhân độ tuổi cao (>70), mức độ nặng lâm sàng dựa trên thang điểm NIHSS ($\text{NIHSS} \geq 11$), điểm hôn mê Glasgow thấp ($\text{GCS} \leq 13$), có tổn thương thùy trán, điểm ASPECT thấp (≤ 7) và phân loại TOAST nguyên nhân xơ vữa mạch máu lớn, sẽ có nguy cơ rối loạn chức năng nuốt cao hơn. Do vậy cần lưu ý và có thái độ xử trí tích cực hơn ở nhóm bệnh nhân này, cần nhắc dự phòng đặt sonde dạ dày nuôi ăn càng sớm càng tốt.

2. Tất cả các bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp cần sàng lọc chức năng nuốt theo khuyến cáo hiện hành của các Hiệp hội đột quy quốc tế và Hội đột quy TP HCM (mức độ khuyến cáo I, mức bằng chứng B), giúp phòng tránh viêm phổi hít, dinh dưỡng kém do nuôi ăn và các biến chứng liên quan và tăng hiệu quả điều trị.

3. Test nuốt nước (hiện đang áp dụng bởi Hội đột quy TP HCM) có độ chính xác, thuận tiện và an toàn, là cơ sở tốt để áp dụng thường quy và rộng rãi trong thực hành điều trị đột quy cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke. 2022;17(1):18-29.
2. Thang Nguyen, Gall S, Cadilhac D, et al. Processes of stroke unit care and outcomes at discharge in Vietnam: findings from the registry of Stroke Care Quality (RES-Q) in a major public hospital. J Stroke Med. 2019;2:119-127.
3. Eltringham SA, Kilner K, Gee M, et al. Factors Associated with Risk of Stroke-Associated Pneumonia in Patients with Dysphagia: A Systematic Review. 2020;35:735-744.
4. Ickenstein GW, Höhlig C, Prosiogel M, et al. Prediction of outcome in neurogenic oropharyngeal dysphagia within 72 hours of acute stroke. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2012;21(7):569-576.
5. Smith EE, Kent DM, Bulsara KR, et al. Effect of Dysphagia Screening Strategies on Clinical Outcomes After Stroke: A Systematic Review for the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke. 2018;49(3):e123-e128.
6. Hoa, Đình Thị. Khảo sát tình trạng rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quy giai đoạn cấp tại khoa thần kinh bệnh viện đa khoa tỉnh hải dương. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2021; 502(1)
7. Henke C, Foerch C, Lapa S. Early Screening Parameters for Dysphagia in Acute Ischemic Stroke. Cerebrovasc Dis. 2017;44(5-6):285-290.
8. Qin Y, Tang Y, Liu X, Qiu S. Neural basis of dysphagia in stroke: A systematic review and meta-analysis. Front Hum Neurosci. 2023;17:1077234.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHỊP TIM QUA HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ 24 GIỜ TRÊN BỆNH NHÂN TIM MẠCH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÂN ĐÌNH TỪ THÁNG 4/2024 ĐẾN THÁNG 9/2025

Mai Thị Thương¹, Đào Thúy Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm các rối loạn nhịp tim qua Holter điện tâm đồ (ECG) 24 giờ trên bệnh nhân tim mạch và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến các rối loạn nhịp tim. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu trên 198 bệnh nhân tim mạch được đeo Holter ECG 24 giờ trong thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 9/2025 tại khoa Nội tim mạch – Lão học, Bệnh viện đa khoa Vân Đình. **Kết quả:** Rối loạn nhịp tim được ghi nhận trên Holter ECG 24 giờ với tần suất cao, trong đó ngoại tâm thu nhĩ (39,9%), ngoại tâm thu thất (34,3%) và cơn nhịp nhanh trên thất là ba nhóm rối loạn nhịp phổ biến nhất. Nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm tỉ lệ lớn và có xu hướng xuất hiện rối loạn nhịp nhiều hơn. Suy tim là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn nhịp được phát hiện qua Holter. Không ghi nhận sự liên quan rõ rệt giữa giới tính, tăng huyết áp hoặc đái tháo đường với tỉ lệ rối loạn nhịp. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy ngoại tâm thu nhĩ, ngoại tâm thu thất và cơn nhịp nhanh trên thất là các rối loạn nhịp thường gặp nhất. Triệu chứng choáng/chóng mặt là triệu chứng phổ biến. Tuổi cao và suy tim là những yếu tố liên quan đến sự xuất hiện rối loạn nhịp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Từ khóa:** Holter điện tâm đồ 24 giờ, bệnh tim mạch, rối loạn nhịp tim.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CARDIAC RHYTHM DISORDERS THROUGH 24-HOUR HOLTER ELECTROCARDIOGRAPHY ON CARDIOVASCULAR PATIENTS AT VAN DINH GENERAL HOSPITAL FROM APRIL 2024 TO SEPTEMBER 2025

Objective: This study aimed to characterize arrhythmias via 24-hour Holter electrocardiogram (ECG) in cardiovascular patients and to investigate some factors associated with arrhythmias. **Subjects and methods:** A cross-sectional, retrospective and prospective study on 198 cardiovascular patients with 24-hour Holter ECG from April 2024 to September 2025 at the Department of Cardiology - Geriatrics, Van Dinh General Hospital. **Results:** Arrhythmias were recorded on 24-hour Holter electrocardiograms with high frequency, in which atrial premature beats (39.9%), ventricular premature beats (34.3%) and

supraventricular tachycardia were the three most common arrhythmia groups. The group of patients ≥ 60 years old accounted for a large proportion and tended to have more arrhythmias. Heart failure was a statistically significant factor associated with Holter-detected arrhythmias. No significant association was observed between gender, hypertension, or diabetes mellitus and the incidence of arrhythmias. **Conclusion:** The study showed that atrial premature beats, ventricular premature beats and supraventricular tachycardia were the most common arrhythmias. Dizziness/lightheadedness was a common symptom. Older age and heart failure were factors associated with the occurrence of arrhythmias in the study group.

Keywords: 24-hour Holter electrocardiograms, cardiovascular disease, arrhythmias.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do các bệnh không lây nhiễm trên toàn thế giới, với khoảng 17,9 triệu người tử vong vào năm 2019, chiếm 32% tổng số ca tử vong toàn cầu, riêng rối loạn nhịp tim chiếm tỉ lệ từ 1,5 đến 5% trong dân số nói chung⁶. Tại châu Á, bệnh tim mạch gây 10,8 triệu ca tử vong, trong đó gần 39% là tử vong sớm (dưới 70 tuổi). Ở Việt Nam, có 17,6% người cao tuổi mắc bệnh tim mạch³.

Rối loạn nhịp tim là một trong các bệnh lý tim mạch phổ biến, đặc biệt ở những bệnh nhân có bệnh nền như tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp, suy tim hoặc bệnh van tim. Các rối loạn nhịp có thể từ nhịp nhanh nhĩ, ngoại tâm thu đến block nhĩ-thất hay ngừng xoang; dẫn đến nguy cơ đột quỵ, suy tim hoặc tử vong nếu không được phát hiện sớm. Holter ECG 24 giờ là phương pháp theo dõi hữu ích, giúp chẩn đoán rối loạn nhịp, đánh giá mức độ nghiêm trọng, hiệu quả điều trị và phân tầng nguy cơ.

Tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình, Holter ECG 24 giờ ngày càng được ứng dụng rộng rãi nhưng vẫn thiếu các nghiên cứu chi tiết về đặc điểm rối loạn nhịp ở bệnh nhân tim mạch. Nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm rối loạn nhịp tim qua Holter ECG 24 giờ và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến rối loạn nhịp tim ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền

¹Bệnh viện Đa khoa Vân Đình

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Thương

Email: maithuong076@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025