

mặc dù khó để định lượng một cách khách quan. Đó là lượng máu chảy từ bề mặt xương được cắt gần như không có và lượng máu chảy từ ngoài màng cứng giảm đi nhiều so với phương pháp truyền thống. Do đó, lượng máu mất trong mổ giảm đáng kể. Điều này cũng được xác nhận trên cừu<sup>8</sup>.

Việc sử dụng dao cắt xương siêu âm vẫn là một cải tiến còn khá mới mẻ ở Việt Nam và chỉ được áp dụng ở một số trung tâm phẫu thuật cột sống. Dao cắt xương siêu âm giúp hạn chế các nguy cơ tổn thương tuỷ so với các phương pháp truyền thống khác vì cắt xương từ bên ngoài, không can thiệp trực tiếp vào ống sống nên tránh cơ chế tổn thương tuỷ trực tiếp.

## V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng dao siêu âm để giải ép trong hẹp ống sống ngực có thể giảm nguy cơ tổn thương thần kinh và cải thiện chức năng thần kinh sau mổ so với phương pháp truyền thống. Ngoài ra, sử dụng dao siêu âm cũng góp phần giảm lượng máu mất, thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện.

## KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA DÒ HỌNG RA DA SAU CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN

Bùi Thế Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Khánh Dư<sup>1</sup>, Lý Xuân Quang<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Dò họng ra da là biến chứng thường gặp sau cắt thanh quản toàn phần, với tỉ lệ mắc dao động từ 13.7% đến 39.1%. Biến chứng này ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống, làm kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng chi phí điều trị. Việc đánh giá các yếu tố liên quan của dò họng ra da giúp phòng ngừa, phát hiện cũng như quản lí hiệu quả biến chứng này. **Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố liên quan đến dò họng ra da ở các bệnh nhân sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi thu thập 122 trường hợp ung thư thanh quản có đầy đủ hồ sơ bệnh án, bệnh sử, tiền sử, thăm khám, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại BVDHYDTPHCM từ 01/2021 đến 01/2025. **Kết quả:** Trong 122 bệnh nhân có 28 trường hợp dò họng ra da chiếm tỉ lệ 23%. Đối với các biến số: tuổi, BMI, hút thuốc, uống

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yamazaki M, Mochizuki M, Ikeda Y, Sodeyama T, Okawa A, Koda M, et al. Clinical results of surgery for thoracic myelopathy caused by ossification of the posterior longitudinal ligament: operative indication of posterior decompression with instrumented fusion. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2006; 31(13): 1452-60. doi: 10.1097/01.brs.0000220834.22131
2. Young WF, Baron E. Acute neurologic deterioration after surgical treatment for thoracic spinal stenosis. *J Clin Neurosci*. 2001; 8(2): 129-32. doi: 10.1054/jocn.1998.0785
3. Takahata M, Ito M, Abumi K, Kotani Y, Sudo H, Minami A. Clinical results and complications of circumferential spinal cord decompression through a single posterior approach for thoracic myelopathy caused by ossification of posterior longitudinal ligament. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008; 33(11): 1199-208
4. Kerawala CJ, Martin IC, Allan W, Williams ED. The effects of operator technique and bur design on temperature during osseous preparation for osteosynthesis self-tapping screws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999; 88(2): 145-50. doi: 10.1016/s1079-2104(99)70108-3.

rượu, tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, xạ trị, mở khí quản, giai đoạn TNM, phương pháp phẫu thuật, nồng độ haemoglobin trước và sau mổ, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm dò họng ra da và không dò họng ra da ( $p > 0.05$ ). Chỉ có các yếu tố bao gồm: số lượng bạch cầu sau mổ ( $p < 0.001$ ), CRP sau mổ ( $p < 0.001$ ), albumin trước mổ  $< 35$  g/L ( $p = 0.0076$ ) là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê tới biến chứng dò họng ra da. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy albumin trước mổ thấp, bạch cầu và CRP sau mổ tăng cao là các chỉ số cận lâm sàng có giá trị tiên đoán biến chứng dò họng ra da sau mổ cắt thanh quản toàn phần. Việc theo dõi sát các yếu tố này có thể giúp phòng ngừa, phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và góp phần giảm thiểu tỷ lệ biến chứng này sau phẫu thuật.

**Từ khóa:** ung thư thanh quản, dò họng ra da.

### SUMMARY

#### RISK FACTORS FOR PHARYNGOCUTANEOUS FISTULA FOLLOWING TOTAL LARYNGECTOMY

**Introduction:** Pharyngocutaneous fistula (PCF) is a frequent postoperative complication following total laryngectomy, with an incidence ranging from 13.7% to 39.1%. This complication markedly affects patient quality of life, prolongs hospitalization, and increases

<sup>1</sup>Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh 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: 30.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

healthcare costs. Identifying and evaluating risk factors for PCF are essential to enhance prevention, enable early detection, and optimize management outcomes. **Objective:** To investigate clinical and laboratory risk factors associated with pharyngocutaneous fistula in patients undergoing total laryngectomy. **Patients and Methods:** This retrospective study included 122 patients with laryngeal cancer who underwent total laryngectomy at the University Medical Center Ho Chi Minh City between January 2021 and January 2025. Complete clinical, imaging, and laboratory data were analyzed. Associations between PCF and potential risk factors—demographic, comorbid, oncologic, surgical, and biochemical—were assessed using appropriate statistical tests. **Results:** Among 122 patients, 28 developed PCF, corresponding to an incidence of 23%. No significant associations were observed with age, body mass index, smoking, alcohol consumption, hypertension, diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, radiotherapy, tracheostomy, TNM stage, surgical technique, or perioperative hemoglobin levels ( $p > 0.05$ ). In contrast, postoperative white blood cell count ( $p < 0.001$ ), postoperative C-reactive protein ( $p < 0.001$ ), and preoperative serum albumin  $< 35$  g/L ( $p = 0.0076$ ) were significantly associated with PCF occurrence. **Conclusion:** Low preoperative albumin level, elevated postoperative white blood cell count, and increased postoperative C-reactive protein are key laboratory predictors of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy. Close perioperative monitoring of these indices may facilitate early identification, timely intervention, and contribute to reducing the incidence of this serious postoperative complication. **Keywords:** Pharyngocutaneous fistula, laryngeal cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là một trong những loại ung thư thường gặp trong ung thư vùng đầu cổ và có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây. Theo GLOBOCAN năm 2022, tại Việt Nam ghi nhận 2.186 trường hợp mắc mới ung thư thanh quản. Phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần là phương pháp điều trị chủ yếu được lựa chọn cho các trường hợp bệnh ở giai đoạn tiến triển hoặc tái phát sau điều trị bảo tồn bằng hóa trị, xạ trị.

Dò họng ra da (pharyngocutaneous fistula – PCF) là một trong những biến chứng sớm thường gặp sau cắt thanh quản toàn phần, với tỷ lệ mắc dao động từ 13,7% đến 39,1% theo các báo cáo trên thế giới<sup>1</sup>. Biến chứng này ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, kéo dài thời gian nằm viện và làm tăng chi phí điều trị.

Nhiều yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận có liên quan đến sự hình thành dò họng ra da, bao gồm tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), thói quen hút thuốc, sử dụng rượu, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

(COPD), tiền căn xạ trị, mở khí quản, giai đoạn TNM, phương pháp phẫu thuật, nồng độ hemoglobin (Hgb), số lượng bạch cầu (WBC), albumin và CRP huyết thanh. Việc xác định và đánh giá các yếu tố nguy cơ này có vai trò quan trọng trong dự phòng, phát hiện sớm và quản lý hiệu quả biến chứng dò họng ra da.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu phân tích các yếu tố nguy cơ và tiên lượng biến chứng này sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về chủ đề này còn hạn chế, chủ yếu dừng ở việc mô tả đặc điểm lâm sàng và tần suất biến chứng. Hàng năm Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp dò họng ra da sau cắt thanh quản toàn phần, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu khảo sát các yếu tố nguy cơ liên quan đến dò họng ra da sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần nhằm góp phần cải thiện kết quả điều trị và giảm thiểu biến chứng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, với chọn mẫu thuận tiện.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu về 122 trường hợp ung thư thanh quản đã phẫu thuật cắt thanh quản tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 2021-2025.

• **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả bệnh nhân ung thư thanh quản đã phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần có đầy đủ hồ sơ bệnh án, được điều trị, tái khám và theo dõi tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 2021-2025.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tiền sử bị ung thư ở vị trí khác di căn hoặc lan xuống thanh quản.

**2.3. Các bước tiến hành.** Thu thập các biến số về tuổi, BMI, hút thuốc, uống rượu, tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, xạ trị, mở khí quản, giai đoạn TNM, phương pháp đóng họng, các chỉ số haemoglobin (Hgb), bạch cầu máu (WBC), Albumin máu, CRP. Sau khi thu thập số liệu, chúng tôi sử dụng phần mềm Microsoft Excel Professional 2019 và STATA 15.1 để phân tích số liệu thu thập được và trình bày kết quả dưới dạng bảng và biểu đồ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Tỷ lệ dò họng ra da sau cắt thanh quản toàn phần.** Có 122 trường hợp ung thư thanh quản đã phẫu thuật cắt thanh quản toàn

phần. Trong đó có 28 trường hợp dò hong ra da sau cắt thanh quản toàn phần, chiếm tỉ lệ 23%.

**3.2. Đặc điểm các yếu tố liên quan**

**Bảng 1. Các yếu tố đặc điểm, tiền căn người bệnh**

Các yếu tố nguy cơ	Tổng số ca	Dò hong	Không Dò hong	Giá trị p
Tổng số ca	122	28	94	
Tuổi (năm, trung bình)	63.8 ± 10.6	63.7 ± 10.6	63.8 ± 10.6	0.978
BMI ((kg/m <sup>2</sup> , trung bình)	21.32 ± 3.13	21.6 ± 2.0	21.2 ± 3.4	0.497
Hút thuốc lá	94 (81.1%)	22 (78.6%)	75 (79.9%)	0.889
Uống rượu	54 (44.26%)	13 (46.4%)	41 (43.6%)	0.963
Tăng huyết áp	52 (42.6%)	12 (42.8%)	40 (42.6%)	1
Đái tháo đường	14 (11.5%)	2 (7%)	12 (12.8%)	0.591
COPD	13 (10.7%)	4 (14.3%)	9 (10%)	0.49
Xạ trị trước phẫu thuật	9 (7%)	1 (4%)	8 (9%)	0.641
Mở khí quản trước mổ	13 (10.7%)	4 (14.3%)	9 (10%)	0.49

Tuổi trung bình của toàn bộ nhóm nghiên cứu là 63.8 ± 10.6 tuổi. Nhóm có dò hong và nhóm không dò có tuổi trung bình lần lượt là 63.7 ± 10.6 và 63.8 ± 10.6. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của nhóm dò là 21.6 ± 2.0 kg/m<sup>2</sup>, trong khi nhóm không dò là 21.2 ± 3.4 kg/m. Đối với bệnh lý nền, tăng huyết áp là bệnh lý thường gặp nhất chiếm 42.6%, trong đó nhóm dò và không dò lần lượt là 42.8% và 42.6%. Về yếu tố điều trị trước mổ, có 9 bệnh nhân (7%) đã được xạ trị trước phẫu thuật. trong đó 1 bệnh nhân có dò (4%) và 8 bệnh nhân không dò (9%). Mở khí quản trước mổ được thực hiện ở 13 trường hợp (10.7%), gồm 4 ca dò (14.3%) và 9 ca không dò (10%).

Tất cả các yếu tố về đặc điểm, tiền căn người bệnh có giá trị p>0.05: không có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm.

**Bảng 2. Giai đoạn T**

Giai đoạn T	Tổng số ca	Dò hong	Không Dò hong	Giá trị p
<b>T3</b>	60	11	49	0.328
<b>T4</b>	60	16	44	
T4a	2	1	1	

Nhóm T3 có 60 ca với 11 trường hợp dò (18,3%), trong khi nhóm T4 có 62 ca với 17 trường hợp dò (27,4%). Trong đó, nhóm T4a chiếm đa số với 60 ca, ghi nhận 16 ca dò (26,7%), còn T4b chỉ có 2 ca, trong đó có 1 ca

dò (50%). Mặc dù tỷ lệ dò có xu hướng tăng dần theo mức độ xâm lấn của khối u (T3 → T4a → T4b), kiểm định thống kê cho thấy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,328).

**Bảng 3. Giai đoạn N**

Giai đoạn N	Tổng số ca	Dò hong	Không dò hong	p
0	44	9 (20.5%)	35 (79.5%)	0.906
1	23	6 (26.1%)	17 (73.9%)	
2a	10	1 (10%)	9 (90%)	
2b	15	3 (20%)	12 (80%)	
2c	18	6 (27.3%)	12 (62.7%)	
3	12	3 (25%)	9 (75%)	

Nhóm N0 có tỷ lệ dò thấp nhất (20,5%), trong khi các nhóm có hạch di căn (N1-N3) ghi nhận tỷ lệ cao hơn, dao động từ 20% đến 27,3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ dò hong ra da giữa các giai đoạn N.

**Bảng 4. Phương pháp đóng hong**

Phương pháp phẫu thuật	Tổng	Có dò hong	Không dò hong	Tỷ lệ dò	p
Đóng hong kiểu T	50	12	38	24%	0.697
Đóng hong kiểu túi	21	4	17	19%	
Đóng hong bằng dụng cụ	37	7	30	18.90%	
Khâu tái tạo ống hong bằng vật da	14	5	9	35.70%	

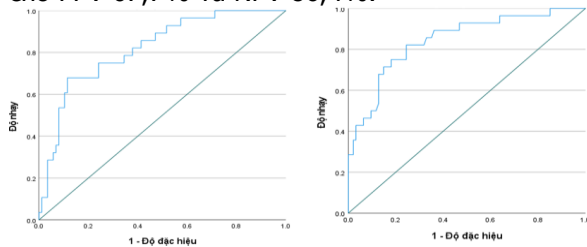
Phân tích kết quả so sánh bốn phương pháp đóng hong sau cắt thanh quản toàn phần cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ dò hong ra da giữa các phương pháp. Mặc dù tỷ lệ dò hong quan sát được dao động từ 18.9% (đóng hong bằng dụng cụ) đến 35.7% (khâu tái tạo bằng vật da), tất cả các giá trị p-value khi so sánh với nhóm tham chiếu "Đóng hong kiểu T" (24%) đều lớn hơn 0.05.

**Bảng 5. Các biến số cận lâm sàng**

Các yếu tố cận lâm sàng	Dò hong	Không Dò hong	Giá trị p
Hemoglobin trước phẫu thuật (g/L, trung bình)	140.5 ± 13.1	139.7 ± 13.6	0.619
Hemoglobin sau phẫu thuật (g/L, trung bình)	123.8 ± 13.4	122.6 ± 22.6	0.274
WBC trước phẫu thuật (10 <sup>9</sup> /L, trung bình)	9.76 ± 2.86	9.75 ± 4.42	0.356
WBC ngày 5 sau phẫu thuật (10 <sup>9</sup> /L, trung bình)	12.12 ± 3.28	10.13 ± 2.62	<
≥12.14 (10 <sup>9</sup> /L)	15	17	<
<12.14 (10 <sup>9</sup> /L)	13	77	0.002
CRP ngày 5 sau phẫu	133.66	62.5	<

thuật (mg/L, trung bình)	± 67.17	± 47.4	0.001
≥105 mg/L	19	9	< 0.001
<105 mg/L	9	75	
Albumin trước phẫu thuật (g/L, trung bình)	34.2 ± 4.6	39.5 ± 4.0	0.0076
≥35 g/L	8	6	
<35 g/L	3	21	0.278
Albumin sau phẫu thuật (g/L, trung bình)	33.5 ± 4.1	36.4 ± 4.9	
≥35 g/L	11	28	
<35 g/L	8	41	

Kết quả cho thấy trong các kết quả trên chỉ có bạch cầu sau phẫu thuật, CRP sau phẫu thuật và Albumin trước phẫu thuật là kết quả có ý nghĩa thống kê. WBC trung bình vào ngày thứ 5 sau phẫu thuật ở nhóm có dò là  $12,12 \pm 3,28 \times 10^9/L$ , cao hơn đáng kể so với nhóm không dò ( $10,13 \pm 2,62 \times 10^9/L$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Khi phân tích theo ngưỡng cắt tối ưu từ đường cong ROC, giá trị  $12,14 \times 10^9/L$  được xác định là mốc phân biệt có giá trị dự báo tốt, với PPV 48,5% và NPV 83,6%. Điều này cho thấy khi bạch cầu tăng trên ngưỡng này sau mổ, nguy cơ dò họng ra da tăng lên rõ rệt. Đối với CRP ngày thứ 5 sau phẫu thuật, nhóm có dò ghi nhận  $133,66 \pm 67,17$  mg/L, cao gấp đôi so với nhóm không dò ( $62,5 \pm 47,4$  mg/L), với  $p < 0,001$ . Phân tích đường cong ROC xác định điểm cắt tối ưu 105 mg/L, cho PPV 67,7% và NPV 86,4%.



**Biểu đồ 1. Đường cong ROC của CRP sau mổ (bên trái) và WBC sau mổ (bên phải)**

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 122 trường hợp ung thư thanh quản được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM giai đoạn 2021–2025, tỷ lệ dò họng ra da ghi nhận là 23%, kết quả này cao hơn một số nghiên cứu trong nước như kết quả tác giả Trần Minh Trường (2009) tỉ lệ 18%<sup>2</sup>, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0.23$ ). Tỉ lệ này nằm trong khoảng dao động nghiên cứu Huang và cộng sự (2023) với tỷ lệ dò họng ra da từ 13.7% đến 39.1%<sup>1</sup>.

Các yếu tố tuổi, BMI, hút thuốc, uống rượu, bệnh lý nội khoa (tăng huyết áp, đái tháo

đường, COPD), tiền sử xạ trị và mở khí quản trước mổ không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với dò họng ra da ( $p > 0,05$ ). Một số nghiên cứu khác, ghi nhận xạ trị tiền phẫu có thể làm tăng nguy cơ dò do làm giảm khả năng lành mô, tuy nhiên trong quần thể của chúng tôi, số bệnh nhân có tiền sử xạ trị còn thấp (7%), có thể chưa đủ để thể hiện sự khác biệt thống kê rõ ràng<sup>1,3,4</sup>.

Phân tích theo giai đoạn T và N cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm dò và không dò. Mặc dù nhóm T4 có tỷ lệ dò cao hơn so với T3 (27,4% so với 18,3%), sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này tương tự nghiên cứu đoàn hệ của Sifrer và cộng sự (2023) trên 554 trường hợp, cũng không ghi nhận mối liên quan độc lập giữa giai đoạn u và tỷ lệ dò họng ra da sau mổ<sup>5</sup>.

Ba yếu tố cận lâm sàng có liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng dò họng gồm: số lượng bạch cầu sau mổ tăng, CRP sau mổ tăng, và albumin trước mổ thấp. Albumin trước mổ  $< 35$  g/L được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập, với  $p = 0,0076$ . Nồng độ albumin huyết thanh phản ánh tình trạng dinh dưỡng và khả năng tổng hợp protein của gan. Albumin thấp làm giảm áp lực keo, chậm liền vết thương và giảm sức chịu đựng mô, từ đó làm tăng nguy cơ rò rỉ vết khâu họng. Phát hiện này tương đồng với các nghiên cứu của Liang (2015) và Huang (2023), trong đó albumin thấp được xem là chỉ dấu quan trọng của nguy cơ dò họng ra da. Bạch cầu sau mổ tăng cao ( $12.12 \pm 3.28 \times 10^9/L$  so với  $10.13 \pm 2.62 \times 10^9/L$ ;  $p < 0,001$ ) phản ánh tình trạng viêm hoặc nhiễm trùng sớm vùng mổ. Tương đồng nghiên cứu tác giả Heo Y (2023) cho thấy sự gia tăng số lượng bạch cầu trong những ngày đầu sau mổ là một chỉ dấu huyết học quan trọng phản ánh tình trạng viêm và nhiễm trùng sớm quanh vùng khâu họng<sup>6</sup>. CRP sau mổ tăng đáng kể ( $133.66 \pm 67.17$  ở nhóm dò so với  $62.5 \pm 47.4$  ở nhóm không dò;  $p < 0,001$ ) cũng có giá trị tiên lượng tương tự. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tác giả Kiliç C (2015), CRP sau mổ tăng là yếu tố nguy cơ dò họng ra da<sup>7</sup>.

**V. KẾT LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy albumin trước mổ thấp, bạch cầu và CRP sau mổ tăng cao là các chỉ số cận lâm sàng có giá trị tiên đoán biến chứng dò họng ra da sau mổ cắt thanh quản toàn phần. Việc theo dõi sát các yếu tố này có thể giúp phòng ngừa, phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và góp phần giảm thiểu tỷ lệ biến chứng này sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang Z, Zhong H, Cai YJAJoTR.** Meta-analysis of risk factors associated with pharyngocutaneous fistulas following total laryngectomy. 2023;15(4):2281.
2. **Trần Minh Trường.** Nghiên cứu dò họng sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần: tần suất, các yếu tố nguy cơ và hiệu quả điều trị. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2009.
3. **Liang J-W, Li Z-D, Li S-C, Fang F-Q, Zhao Y-J, Li Y-GJANL.** Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: a systematic review and meta-analysis of risk factors. 2015;42(5):353-359.
4. **Wang M, Xun Y, Wang K, et al.** Risk factors of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: a systematic review and meta-analysis. 2020;277(2):585-599.
5. **Sifrer R, Strojjan P, Tancer I, et al.** The incidence and the risk factors for pharyngocutaneous fistula following primary and salvage total laryngectomy. 2023;15(8):2246.
6. **Heo Y, Lee HS, Jung S, et al.** Improved early detection models of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy. 2023;12(5):1851.
7. **Kılıç C, Tuncel Ü, Cömert EJB-E.** Pharyngocutaneous fistulae after total laryngectomy: analysis of the risk factors and treatment approaches. 2015;11(2):95-100.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH CHỤP VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VINH PHÚC NĂM 2025

Cao Minh Trường<sup>1</sup>, Đỗ Xuân Bắc<sup>1</sup>, Phan Thị Thu Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Công<sup>1</sup>, Khương Thị Mai<sup>1</sup>, Lê Thị Trang<sup>1</sup>, Lăng Thị Mai Dung<sup>1</sup>, Vũ Thị Huyền<sup>2</sup>, Nguyễn Thanh Thảo<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc năm 2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chọn mẫu toàn bộ 263 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành tại Khoa Can thiệp Tim- Mạch Máu, Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có hẹp động mạch vành  $\geq 50\%$  chiếm đa số, phản ánh tính phù hợp trong chỉ định chụp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc. Tuổi cao, giới nam, tăng huyết áp và đái tháo đường là những yếu tố liên quan chặt chẽ đến mức độ hẹp động mạch vành nặng. Triệu chứng đau thắt ngực điển hình có giá trị gợi ý cao đối với tổn thương ĐMV có ý nghĩa, tuy nhiên các biểu hiện không điển hình vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể và cần được lưu ý, triệu chứng đau thắt ngực điển hình chiếm tỷ lệ lớn nhất với 46,39%. Có 34,98% người bệnh có các triệu chứng không điển hình của bệnh lý xơ vữa động mạch vành. Trong nhóm người bệnh đưa vào nghiên cứu có 63,50% người bệnh có kết quả chụp ĐMV hẹp  $\geq 50\%$  và có 36,50% người bệnh có kết quả chụp ĐMV hẹp  $< 50\%$ . **Từ khóa:** bệnh động mạch vành, lâm sàng, cận lâm sàng, can thiệp.

## SUMMARY

## CLINICAL AND PARA CLINICAL

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Trường

Email: caotruongyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

### CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY ANGIOGRAPHY AND INTERVENTION AT VINH PHUC GENERAL HOSPITAL IN 2025

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical symptoms of patients undergoing percutaneous coronary angiography and intervention at Vinh Phuc General Hospital in 2025. **Research method:** A descriptive study was conducted on a sample of 263 patients meeting the inclusion criteria at the Cardiovascular Intervention Department, Vinh Phuc General Hospital. **Results:** The study showed that the majority of patients had coronary artery stenosis  $\geq 50\%$ , reflecting the appropriateness of percutaneous coronary angiography indications at Vinh Phuc General Hospital. Advanced age, male gender, hypertension, and diabetes mellitus were strongly associated with the severity of coronary artery stenosis. Typical angina pectoris was highly suggestive of significant coronary artery lesions; however, atypical manifestations still accounted for a significant proportion and should be noted, with typical angina pectoris being the most prevalent at 46.39%. Thirty-four percent of patients presented with atypical symptoms of coronary atherosclerosis. Within the study group, 63.50% had coronary angiography results showing stenosis  $\geq 50\%$ , while 36.50% had coronary angiography results showing stenosis  $< 50\%$ . **Keywords:** Coronary artery disease: clinical, paraclinical, and interventional aspects.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (Coronary Artery Disease - CAD) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và gánh nặng bệnh tật toàn cầu, với khoảng 239 triệu ca mắc năm 2023 và hơn 19