

RỐI LOẠN NUỐT Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ CẤP NẶNG VÀ MỐI TƯƠNG QUAN VỚI VIÊM PHỔI TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUỴ BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Thị Ngọc Trân¹✉, Nguyễn Thị Ánh Duyên¹, Trần Thị Xuân Phương¹, Đặng Thị Thúy Phương¹, Trần Thị Thu Thảo¹

¹Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật. Biến chứng viêm phổi trong quá trình điều trị có mối liên quan với nhiều yếu tố trong đó rối loạn nuốt đóng vai trò chính. Đánh giá rối loạn nuốt, theo dõi và áp dụng các biện pháp phục hồi chức năng nuốt là khâu thiết yếu trong công tác chăm sóc điều dưỡng ở bệnh nhân đột quỵ nặng. Đề tài này khảo sát rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ cấp nặng và mối tương quan với viêm phổi tại trung tâm đột quỵ Bệnh viện Trung ương Huế.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang, có theo dõi dọc 122 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não, xuất huyết não hoặc xuất huyết dưới nhện nhập viện điều trị ở trung tâm đột quỵ, bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2022.

Kết quả: Nghiên cứu 122 bệnh nhân đột quỵ cấp nặng với điểm Glasgow 5 - 11 và có rối loạn nuốt trong vòng 24 giờ sau nhập viện, tuổi trung bình là $57,61 \pm 13,75$. 19% bệnh nhân cải thiện chức năng nuốt hoàn toàn ở ngày thứ 14 sau đột quỵ, nhóm bệnh nhân này có tỉ lệ viêm phổi là 9,5%. Ở nhóm cải thiện chức năng nuốt với các mức độ khác nhau nhưng không hoàn toàn có tỉ lệ viêm phổi 27,7%. Nguy cơ mắc viêm phổi ở nhóm không rối loạn nuốt thấp hơn và chỉ bằng 0,24 lần so với nhóm có rối loạn nuốt (khoảng tin cậy 95% : 0,05 - 1,1), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Bên cạnh hồi phục tự nhiên của bệnh nhân sau đột quỵ nặng, đánh giá rối loạn nuốt để chăm sóc, tập phục hồi chức năng để cải thiện rối loạn nuốt có ý nghĩa lớn trong dự phòng và giảm tỉ lệ viêm phổi bệnh viện trong 2 tuần đầu sau đột quỵ cấp nặng.

Từ khóa: Đột quỵ, thang điểm Glasgow, rối loạn nuốt, viêm phổi.

ABSTRACT

DYSPHAGIA IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE STROKE AND THE CORRELATION WITH PNEUMONIA AT THE STROKE CENTER OF HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Thi Ngoc Tran¹✉, Nguyen Thi Anh Duyen¹, Trần Thị Xuân Phương¹, Dang Thi Thuy Phuong¹, Tran Thi Thu Thao¹

Background: Stroke is one of the leading causes of death and disability. Pneumonia complications during treatment are related to many factors in which dysphagia play a major role. Evaluation of dysphagia, monitoring and swallowing rehabilitation measures are essential steps in nursing care in patients with severe stroke. This study explore

Ngày nhận bài:

14/6/2021

Ngày chỉnh sửa:

1/7/2022

Chấp thuận đăng:

17/7/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thị Ngọc Trân

Email:

ngoctran678@gmail.com

SĐT: 0914190944

the dysphagia in patients with severe acute stroke and its correlation with pneumonia at the Stroke center of Hue Central Hospital.

Methods: A cross - sectional study with longitudinal follow - up of 122 patients diagnosed with cerebral infarction, cerebral hemorrhage or subarachnoid hemorrhage admitted to a stroke center, Hue Central Hospital. From January 2022 to April 2022.

Results: 122 patients with severe acute stroke with a Glasgow score of 5 - 11 and having a dysphagia within 24 hours of admission, the mean age was $57,61 \pm 13,75$. 19% of patients improved completely swallowing functions by day 14 after stroke, this group of patients had a pneumonia rate of 9,5%. In the group that improved swallowing function with varying degrees but not completely, there was a 27,7% rate of pneumonia. The risk of pneumonia in the group without dysphagia was lower and only 0,24 times compared with the group with dysphagia (95% confidence interval: 0,05 - 1,1), statistically significant difference.

Conclusion: In addition to the patient's natural recovery after severe stroke, assessment of dysphagia for care, rehabilitation exercises to improve swallowing function has great significance in preventing and reducing the incidence of pneumonia during the first 2 weeks after severe stroke.

Keywords: Stroke, Glasgow scale, dysphagia, pneumonia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não làm một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật. Những bệnh nhân đột quỵ được đánh giá là nặng trong vòng 24 giờ sau nhập viện có tiên lượng xấu với tỉ lệ tử vong và di chứng tàn tật cao. Yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân là các biến chứng cấp trong đó viêm phổi là yếu tố nguy cơ hàng đầu. Nhiều nghiên cứu cho thấy viêm phổi ở bệnh nhân đột quỵ nặng có liên quan với tình trạng thở máy kéo dài, điểm Glasgow thấp lúc nhập viện, tăng đường máu và một số yếu tố khác trong đó rối loạn nuốt dẫn đến viêm phổi sắc đóng vai trò chính [1].

Đánh giá rối loạn nuốt, theo dõi sự biến đổi của chức năng nuốt của từng bệnh nhân và áp dụng các biện pháp phục hồi chức năng cá nhân hóa là khâu thiết yếu trong công tác chăm sóc điều dưỡng toàn diện bệnh nhân đột quỵ nặng.

Chúng tôi nhận thấy rằng sau 2 tuần điều trị, những bệnh nhân đột quỵ nặng hồi phục chức năng nuốt tốt có tỉ lệ viêm phổi thấp hơn đáng kể so với những bệnh nhân hồi phục chức năng nuốt kém. Để làm rõ vấn đề, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, rối loạn nuốt trên bệnh nhân đột quỵ nặng trong ngày đầu nhập viện và ngày thứ 14; và mối tương quan giữa rối loạn nuốt và tình trạng viêm phổi trên bệnh nhân đột quỵ nặng ở ngày thứ 14.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 122 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não, xuất huyết não hoặc xuất huyết dưới nhện nhập viện điều trị ở trung tâm đột quỵ, bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn cấp của các bệnh lý nhồi máu não, xuất huyết não hoặc xuất huyết dưới nhện. Điểm Glasgow từ 5 - 11 trong vòng 24 giờ sau nhập viện. Bệnh nhân được phân công chăm sóc cấp I ngay từ ngày đầu nhập viện. Bệnh nhân có thời gian điều trị nội trú tại trung tâm đột quỵ trên 14 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử đột quỵ có di chứng vừa hoặc nặng (điểm mRS ≥ 2) và có rối loạn nuốt cố định trước nhập viện. Bệnh nhân đột quỵ có điểm Glasgow > 11 hoặc < 5 . Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật và bệnh nhân hậu phẫu trong quá trình điều trị. Bệnh nhân có bệnh nền nặng như xơ gan, suy thận mạn, suy tim, ung thư giai đoạn muộn có tiên lượng sống < 5 năm. Có bệnh tự miễn phải dùng corticoid hoặc thuốc ức chế miễn dịch. Có bệnh lý về máu hay rối loạn đông máu. Bệnh nhân có tiền sử bị tâm thần phân liệt hoặc trầm cảm trước khi đột quỵ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dõi dọc với cỡ mẫu thuận tiện 122 bệnh nhân.

Rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ cấp nặng và mối tương quan với viêm phổi...

Quy trình nghiên cứu:

Bệnh nhân nhập viện ở trung tâm đột quỵ được bác sĩ ở trung tâm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh đưa ra chẩn đoán xác định một trong các thể đột quỵ: nhồi máu não, xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện. Điều dưỡng đánh giá mức độ ý thức của bệnh nhân trong vòng 24 giờ sau nhập viện theo thang điểm Glasgow đối chiếu với đánh giá của bác sĩ điều trị. Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu có điểm Glasogow 5 - 11.

Thực hiện chăm sóc điều dưỡng theo phân cấp độ chăm sóc mà bác sĩ điều trị chỉ định. Tất cả bệnh nhân đưa vào nghiên cứu là được phân công mức độ chăm sóc cấp I. Thực hiện các quy trình kỹ thuật điều dưỡng theo hướng dẫn của Bộ Y tế và Bệnh viện Trung Ương Huế. Thực hiện quy trình điều dưỡng toàn diện và cá nhân hóa trên từng bệnh nhân. Ghi nhận các biến chứng xảy ra trong quá trình bệnh nhân nằm viện. Thực hiện chăm sóc đặc hiệu phù hợp từng biến chứng của mỗi bệnh nhân mắc phải.

Rối loạn nuốt được đánh giá trong vòng 24 giờ và đánh giá vào ngày thứ 14 sau nhập viện theo thang điểm GUSS (Trong quá trình chăm sóc, đánh giá rối loạn nuốt được tiến hành thường xuyên tùy thuộc vào diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân, tuy nhiên nghiên cứu này chỉ ghi nhận đánh giá điểm GUSS ở 2 thời điểm).

Đánh giá mức độ rối loạn nuốt theo thang điểm GUSS như sau:

- 0 - 9 điểm: Rối loạn nuốt nặng.
- 10 - 14 điểm: Rối loạn nuốt vừa.
- 15 - 19 điểm: Rối loạn nuốt nhẹ.
- 20: Không rối loạn nuốt.

Đánh giá lại tổng thể các biến số nghiên cứu ở ngày thứ 14.

Đánh giá tình trạng viêm phổi ở ngày thứ 14 thông qua các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng và chẩn đoán xác định của bác sĩ điều trị. Các chỉ số được ghi nhận: mạch, nhịp thở, SpO₂, chỉ số bạch cầu, CRP, hình ảnh X-quang phổi, kết quả cấy đàm.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2022, chúng tôi đã thu thập số liệu về 122 trường hợp đột quỵ cấp nặng điều trị tại trung tâm đột quỵ Bệnh viện Trung Ương Huế thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh, tiêu chuẩn loại trừ và rút ra một số kết quả dưới đây.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, rối loạn

nuốt trên bệnh nhân đột quỵ nặng trong ngày đầu nhập viện và ngày thứ 14.

Bảng 1: Tỷ lệ phân bố theo tuổi, giới, tuổi trung bình

Biến số		N = 122	Tỷ lệ %
Tuổi	< 50	37	30,3
	50 - 70	56	45,9
	> 70	29	23,8
Giới	Nam	70	57,4
		52	42,6
Tuổi trung bình		57,61 ± 13,75	

Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 50 đến 70 tuổi (45,9 %). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 57,61 ± 13,75 tuổi, trong đó thấp nhất là 30 tuổi và cao nhất là 84 tuổi. Tỉ lệ nam giới nhiều hơn nữ giới (nam giới nhiều gấp 1,35 lần nữ giới).

Bảng 2: Các thể đột quỵ

Thể đột quỵ	N = 122	Tỷ lệ %
Nhồi máu não	59	48,4
Xuất huyết não	40	32,8
Xuất huyết dưới nhện	23	18,8

Gần một nửa số bệnh nhân nghiên cứu thể nhồi máu não chiếm tỉ lệ 48,4%.

Bảng 3: Tình trạng yếu liệt nửa người

Yếu liệt nửa người	N = 122	Tỷ lệ %
Có	69	56,5
Không	53	43,5

Nghiên cứu gặp hơn 50% bệnh nhân có liệt nửa người, ảnh hưởng bất lợi tới khả năng phục hồi chức năng nuốt.

Bảng 4: Mức độ rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow

Thang điểm Glasgow	N = 122	Tỷ lệ %
Trung bình (9 - 11 điểm)	77	63,1
Nặng (5 - 8 điểm)	45	36,9

Trên một nửa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có Glasgow ở mức độ trung bình từ 9 - 11 điểm (63,1%)

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 5: Tỷ lệ và mức độ rối loạn nuốt khi đánh giá bằng thang GUSS

Độ khó nuốt	N = 122	Tỷ lệ %
Không rối loạn nuốt	0	0
Rối loạn nuốt nhẹ	27	22,1
Rối loạn nuốt vừa	23	18,9
Rối loạn nuốt nặng	72	59,0

Tất cả bệnh nhân tham gia đánh giá trong 24 giờ đầu đều có rối loạn nuốt, trong đó rối loạn nuốt nặng 59,0%, còn lại rối loạn nuốt nhẹ và vừa lần lượt 22,1% và 18,9%.

Bảng 6: Đánh giá sự cải thiện ý thức theo thang điểm Glasgow

Thang điểm Glasgow	Ngày thứ nhất	Ngày thứ 14
Nhẹ (12 - 15 điểm)	0	21 (17,2)
Trung bình (9 - 11 điểm)	77 (63,1)	73 (59,8)
Nặng (5 - 8 điểm)	45 (36,9)	28 (23,0)
p	0,027	

Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện tri giác theo thang điểm Glasgow mức độ nặng (5 - 8 điểm) từ 36,9% giảm xuống còn 23,0% sau 14 ngày điều trị; tỷ lệ bệnh nhân tri giác mức trung bình tăng sau 14 ngày từ 63,1% lên 77%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7: Đánh giá sự cải thiện mức độ rối loạn nuốt

Độ khó nuốt	Trong ngày đầu	Ngày thứ 14
Không rối loạn nuốt	0 (0)	23 (18,9)
Rối loạn nuốt nhẹ	27 (22,1)	25 (20,5)
Rối loạn nuốt vừa	23 (18,9)	24 (19,6)
Rối loạn nuốt nặng	72 (59,0)	50 (41,0)
p	0,002	

Tỷ lệ bệnh nhân mắc rối loạn nuốt nặng giảm từ 59,0% trong ngày đầu xuống 41,0% sau 14 ngày điều trị; tỷ lệ bệnh nhân không có rối loạn nuốt và rối loạn nuốt nhẹ tăng sau 14 ngày điều trị từ 22,1% lên 39,4%, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn nuốt vừa có sự tăng nhẹ từ 18,9% lên 19,6% là do có một số lượng bệnh nhân cải thiện từ nhóm rối loạn nuốt nặng lên nhóm rối loạn nuốt vừa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Mối tương quan giữa rối loạn nuốt và tình trạng viêm phổi trên bệnh nhân đột quỵ nặng ở ngày thứ 14.

Bảng 8: Mối tương quan giữa rối loạn nuốt theo thang điểm GUSS và viêm phổi ở thời điểm 14 ngày

Độ khó nuốt	Không viêm phổi		Viêm phổi		p
	n = 92	%	n = 30	%	
Không rối loạn nuốt	21	22,8	2	6,7	0,002
Rối loạn nuốt nhẹ	23	25,0	2	6,7	
Rối loạn nuốt vừa	19	20,7	5	16,6	
Rối loạn nuốt nặng	29	31,5	21	70	

Nhóm bệnh nhân viêm phổi nhiều hơn trong nhóm bệnh nhân rối loạn nuốt nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 9: Giá trị dự báo của rối loạn nuốt

Rối loạn nuốt	Viêm phổi		Không viêm phổi		OR (Khoảng tin cậy 95%)	p
	n = 30	%	n = 92	%		
Không	2	6,7	21	22,8	0,24 (0,05 - 1,1)	0,049
Có	28	93,3	71	77,2		

Rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ cấp nặng và mối tương quan với viêm phổi...

Nhóm bệnh nhân viêm phổi có rối loạn nuốt nhiều hơn nhóm không viêm phổi. Nguy cơ mắc viêm phổi ở nhóm không rối loạn nuốt thấp hơn chỉ bằng 0,24 lần so với nhóm có rối loạn nuốt (khoảng tin cậy 95%: 0,05 - 1,1), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, rối loạn nuốt trên bệnh nhân đột quỵ nặng trong ngày đầu nhập viện và ngày thứ 14.

Nghiên cứu 122 bệnh nhân đột quỵ nặng trong nghiên cứu có tuổi trung bình là $57,61 \pm 13,75$, tuổi thấp nhất 30, tuổi cao nhất 84, nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 50 đến 70 tuổi (45,9%). Nhóm tuổi dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ khá cao 30,3%, điều này thể hiện xu hướng trẻ hóa của bệnh đột quỵ. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số NC khác Đinh Thị Hoa (2021) $69,2 \pm 12,90$ [2], Nguyễn Thị Dung (2014) $60,3 \pm 12,01$ [3], Lê Văn Thính (2007): $62,3 \pm 8,8$ [4], Nguyễn Thế Dũng (2009): $63,4 \pm 17,7$. Kết quả này cũng phù hợp với các y văn cho rằng đột quỵ não là một bệnh thần kinh mạch máu có liên quan đến tuổi tác như tuổi càng cao càng có nguy cơ mắc các bệnh mạn tính như tim mạch, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, do vậy nguy cơ đột quỵ não càng tăng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với bệnh nhân nữ (1,35/1). So với các NC khác thì kết quả NC tương đồng, tỷ lệ BN nam cao hơn nữ. Tuy nhiên có sự dao động tỷ lệ BN cụ thể: Lê Văn Thính (2007): 1,8/1 [4], Phan Nhứt Chí và cs (2011): 1,6/1 [5], Nguyễn Thị Dung (2014): 2,2/1 [3]. Có thể lý giải các lý do như là: Nam giới có nhiều nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây tai biến hơn so với nữ giới như: THA, đái đường... các thói quen có hại, dùng chất kích thích nhiều.

Các thể đột quỵ thường gặp nhất đã được đưa vào nghiên cứu chúng tôi trong đó gặp nhiều nhất nhồi máu não chiếm 48,4%, tiếp đến xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện lần lượt 32,8% và 18,9%.

Biểu hiện dấu thần kinh khu trú yếu liệt nửa người là biểu hiện thường gặp nhất trong đột quỵ não, nghiên cứu chúng tôi có hơn 50% bệnh nhân có yếu liệt nửa người (56,5%). Kết quả phản ánh ở nhóm bệnh nhân này sẽ gặp khó khăn liên quan với

việc phục hồi chức năng nuốt và viêm phổi của đối tượng nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 4 có 63,1% bệnh nhân nhập viện với tình trạng rối loạn ý thức trung bình theo thang điểm Glasgow, rối loạn ý thức nặng chiếm 36,9% do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là điểm Glasgow từ 5 đến 11 điểm.

Tỷ lệ và mức độ rối loạn nuốt: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có rối loạn nuốt do tiêu chuẩn chọn bệnh ban đầu là nhắm vào đối tượng có rối loạn nuốt trong ngày đầu nhập viện, trong đó nhiều nhất rối loạn nuốt nặng 59,0%, còn lại rối loạn nuốt nhẹ và vừa lần lượt 22,1% và 18,9%. Tỷ lệ này cao hơn với tỷ lệ rối loạn nuốt của các nghiên cứu khác sử dụng bảng điểm GUSS để đánh giá. Tác giả Lương Văn Long là 59,3%, Nguyễn Thế Dũng là 64,3%. Khi so sánh với các tác giả ngoài nước, tỷ lệ rối loạn nuốt của chúng tôi cũng khá phù hợp, Daniels có tỷ lệ rối loạn nuốt là 65%, D. Kidd và cộng sự sử dụng phương pháp uống 50ml nước phổi hợp với chiếu điện quang quay video với cỡ mẫu 60 bệnh nhân cho kết quả rối loạn nuốt dao động 42 - 65% [6]. Việc xác định một bệnh nhân đột quỵ cấp có RLN hay không cần được thực hiện sớm trong vòng 24 - 48 giờ khi bệnh nhân nhập viện nhằm phòng ngừa các biến chứng của nó, đặc biệt viêm phổi do sặc. Phương pháp đánh giá và sàng lọc bệnh nhân có rối loạn nuốt bằng bảng điểm GUSS có độ tin cậy cao và dễ thực hiện, phù hợp với điều kiện thực tế trên lâm sàng.

Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện tri giác theo thang điểm Glasgow mức độ nặng (5 - 8 điểm) từ 36,9% giảm xuống còn 23,0% sau 14 ngày điều trị; tỷ lệ bệnh nhân tri giác mức trung bình tăng sau 14 ngày từ 63,1% lên 77%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự cải thiện tri giác của bệnh nhân liên quan đến việc cấp cứu kịp thời bệnh nhân đột quỵ cùng với sự theo dõi chăm sóc điều trị tích cực của đội ngũ y bác sĩ, điều dưỡng.

Sự cải thiện mức độ rối loạn nuốt sau 14 ngày liên quan đến việc sử dụng các bài tập phục hồi chức năng nuốt kết hợp với chế độ ăn cho người rối loạn nuốt, được thực hiện bởi các kỹ thuật viên, bác sĩ chuyên ngành phục hồi chức năng, bác sĩ dinh dưỡng cụ thể là tỷ lệ bệnh nhân mắc rối loạn nuốt nặng giảm từ 59,0% trong ngày đầu xuống 41,0%

sau 14 ngày điều trị; tỷ lệ bệnh nhân không có rối loạn nuốt và rối loạn nuốt nhẹ tăng sau 14 ngày điều trị từ 22,1% lên 39,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy phục hồi chức năng rối loạn nuốt được chứng minh là một phương pháp điều trị đơn giản và có hiệu quả giúp giảm nguy cơ sặc [7].

4.2. Mối tương quan giữa rối loạn nuốt và tình trạng viêm phổi trên bệnh nhân đột quỵ nặng ở ngày thứ 14

Dựa vào kết quả bảng 8 và 9 cho thấy, tỷ lệ gặp bệnh nhân bị viêm phổi nhiều hơn trong nhóm bệnh nhân rối loạn nuốt nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm bệnh nhân viêm phổi có rối loạn nuốt nhiều hơn nhóm không viêm phổi (93,3% so với 77,2%). Nguy cơ mắc viêm phổi ở nhóm không rối loạn nuốt thấp hơn và chỉ bằng 0,24 lần so với nhóm có rối loạn nuốt (khoảng tin cậy 95%: 0,05 - 1,1), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có mối tương quan với những kết quả từ nghiên cứu của Hinchey và cộng sự. Theo đó, 13% bệnh nhân đột quỵ hàng năm ở Hoa Kỳ có biến chứng viêm phổi khi nhập viện. Khoảng 35% trường hợp tử vong sau đột quỵ cấp tính là do viêm phổi và viêm phổi cũng gây tăng 3 lần nguy cơ tử vong. Nghiên cứu cũng cho thấy viêm phổi sau đột quỵ có nguyên nhân chính là do hít phải dịch tiết đường miệng ở các bệnh nhân có rối loạn nuốt với các mức độ khác nhau [1].

V. KẾT LUẬN

Gần một phần năm số bệnh nhân đột quỵ nặng lúc nhập viện hồi phục chức năng nuốt hoàn toàn

ở ngày thứ 14 và nguy cơ mắc viêm phổi chỉ bằng 0,24 lần so với nhóm vẫn còn rối loạn nuốt ở các mức độ khác nhau với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Qua nghiên cứu này cho thấy chăm sóc, phục hồi chức năng để cải thiện rối loạn nuốt có ý nghĩa lớn trong dự phòng và giảm tỉ lệ viêm phổi bệnh viện trong 2 tuần đầu sau đột quỵ cấp nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*. 2005;36:1972-1976.
2. Đinh Thị Hoa, Mạc Doanh Thịnh. Khảo sát tình trạng rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ giai đoạn cấp tại khoa thần kinh bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;502.
3. Nguyễn Thị Dung, Bước đầu tìm hiểu rối loạn nuốt và nhu cầu can thiệp phục hồi chức năng nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não: Luận văn bác sỹ nội trú chuyên ngành Phục hồi chức năng/Nguyễn Thị Dung. 2014, ĐHYHN.
4. Lê Văn Thính, Sa sút trí tuệ nguyên nhân mạch máu: vai trò của tai biến nhồi máu não, in *Tai biến mạch máu não hướng dẫn chẩn đoán và xử trí*. 2007, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Phan Nhựt Trí, Nghiên cứu rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu cấp tại Bệnh Viện Cà Mau năm 2010, in *Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II*. 2011, Đại học y Hà Nội.
6. Kidd D, Lawson J, Nesbitt R, MacMahon J. Aspiration in acute stroke: a clinical study with videofluoroscopy. *QJM: An International Journal of Medicine*. 1993;86:825-829.
7. Shaker R, Easterling C, Kern M, Nitschke T, Massey B, Daniels S, et al. Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterology*. 2002;122:1314-1321.