

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN NUỐT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2023 - 2024

Lê Mai Trà Mi¹, Hoàng Khánh Linh², Hoàng Hải My¹
Hoàng Thị Hòa¹ và Nguyễn Thùy Linh^{1,2,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới và gây ra rất nhiều di chứng nặng nề, đặc biệt là chứng rối loạn nuốt. Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 108 người bệnh đột quy não đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhằm xác định tỷ lệ mắc rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỉ lệ bệnh nhân mắc rối loạn nuốt sàng lọc theo bộ câu hỏi EAT-10 là 29,9%, cao gần gấp 2 lần so với tỉ lệ khi sàng lọc trên lâm sàng theo RSST & WST là 15,7%. Người bệnh cao tuổi, có tiền sử đột quy, người bệnh có diện tích tổn thương não lớn có nguy cơ mắc rối loạn nuốt sau đột quy cao hơn so với nhóm còn lại, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Vì vậy, việc sàng lọc rối loạn nuốt sớm cho người bệnh đột quy não có vai trò quan trọng, để có kế hoạch can thiệp nuôi dưỡng phù hợp giúp tăng hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Đột quy não, rối loạn nuốt, EAT-10, RSST & WST, yếu tố liên quan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một bệnh lý thần kinh gây ra những hậu quả nặng nề cho người bệnh. Trên thế giới, đột quy có tầm ảnh hưởng to lớn đối với sức khỏe cộng đồng, gây ra những hậu quả nghiêm trọng về kinh tế và xã hội.¹ Đột quy được xếp hạng là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai trên toàn thế giới với tỷ lệ tử vong hàng năm khoảng 5,5 triệu người. Gánh nặng của đột quy không chỉ nằm ở tỷ lệ tử vong cao mà tỷ lệ mắc bệnh cao cũng khiến tới 50% số người sống sót bị tàn tật mãn tính.¹ Theo Tổ chức Đột quy Thế giới (WSO), ở các nước đang phát triển, 89% số ca tử vong là do đột quy và các biến chứng liên quan.²

Rối loạn nuốt (RLN) xuất hiện sớm sau đột quy, thường do các vấn đề về thần kinh

và cơ. Tại Việt Nam, nghiên cứu đã cho thấy tỉ lệ bệnh nhân đột quy mắc chứng rối loạn nuốt khá cao, khoảng 33% đến 81%.³ Rối loạn nuốt làm thức ăn xâm nhập vào khí quản, gây sặc, hít sặc thềm lặn (âm thanh ướt) lâu dần gây viêm phổi hít, tắc nghẽn đường hô hấp, tử vong (nguồn). Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân đột quy có khó nuốt làm tăng tỷ lệ tử vong so với bệnh nhân có chức năng nuốt bình thường.⁴ Việc nhai nuốt khó khăn dẫn tới suy dinh dưỡng, mất nước, rối loạn điện giải. Trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống bao gồm kết quả từ 8 nghiên cứu, tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn ở đối tượng mắc chứng khó nuốt.⁵ Do đó, việc sàng lọc sớm tình trạng rối loạn nuốt và tìm hiểu một số yếu tố liên quan giúp xây dựng kế hoạch can thiệp sớm, giảm tình trạng suy dinh dưỡng, biến chứng viêm phổi do hít sặc, tỉ lệ bệnh nhân phải ăn qua sonde, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thùy Linh

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: linhngthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 26/07/2024

Ngày được chấp nhận: 26/08/2024

Trong bệnh viện, phương pháp nội soi (VF) và nội soi huỳnh quang (VE) được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá chứng rối loạn nuốt. Tuy nhiên, phương pháp này đắt tiền và đòi hỏi kỹ thuật nên các kỹ thuật sàng lọc nuốt đơn giản (RSST, WST và bộ câu hỏi EAT-10) giúp phát hiện rối loạn nuốt trước khi sử dụng các thiết bị phức tạp. RSST và WST giúp phát hiện chứng khó nuốt, độ nhạy cao, đặc biệt là yếu tố dự báo hít sặc ($p < 0,05$) so với VF.^{6,7} Bảng câu hỏi EAT-10 cũng được chứng minh là một công cụ đáng tin cậy.⁸

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là bệnh viện tuyến trên, đa chuyên khoa, trong đó có khá nhiều bệnh nhân đột quỵ điều trị cấp tính hay tập phục hồi chức năng. Vì vậy, nhằm đánh giá thực trạng rối loạn nuốt ở nhóm bệnh nhân này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quỵ não điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023 - 2024 với 2 mục tiêu:

1) Xác định tỷ lệ mắc rối loạn nuốt của bệnh nhân đột quỵ não đang điều trị nội trú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023 - 2024;

2) Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn nuốt của bệnh nhân đột quỵ não đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023 - 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán đột quỵ não, chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ có hình ảnh nhồi máu não hoặc chảy máu não, nhập viện trong vòng từ 24 đến 72 giờ đầu.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, được giải thích đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hôn mê sâu, điểm Glasgow < 9 điểm, đang đặt nội khí quản hoặc ăn qua ống thông.

- Người bệnh không nghe hiểu được, không phản ứng, làm theo lệnh.

- Người bệnh tổn thương não do nguyên nhân khác: chấn thương sọ não, khối u, nhiễm trùng...

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Địa chỉ: số 1 Tôn Thất Tùng, Trung Tự, Đống Đa, Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 9/2023 đến tháng 5/2024.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

α : mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0,05$). Khi đó: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

d: mức sai số tuyệt đối của nghiên cứu (chọn $d = 0,1$).

$p = 0,384$ (tỷ lệ mắc rối loạn nuốt của bệnh nhân đột quỵ não cấp trong nghiên cứu trước đây là 38,4%).⁹

Cỡ mẫu tối thiểu: 89.

Cỡ mẫu thực tế: 108.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân nhập viện trong thời gian nghiên cứu, thoả mãn các tiêu chuẩn lựa chọn, đồng ý tham

gia nghiên cứu đều được chọn đến khi đủ số lượng theo mẫu nghiên cứu.

- Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Các biến số liên quan đến thông tin chung của đối tượng nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, số lượng bệnh kèm theo, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường.

- Các biến số về đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: điểm Glasgow, thể đột quy não, tiền sử đột quy não trước đó và vị trí tổn thương.

Các biến số, chỉ số liên quan đến tình trạng rối loạn nuốt: Đánh giá tình trạng người bệnh theo bộ câu hỏi EAT-10 và theo thử nghiệm trên lâm sàng RSST & WST.

Công cụ đánh giá ăn uống (EAT-10): Bảng câu hỏi EAT-10: gồm 10 câu hỏi, tổng điểm cao nhất là 40, mức điểm đánh giá là 3. Nếu tổng điểm ≥ 3 nghĩa là bệnh nhân có thể gặp khó khăn khi nuốt.¹⁰

Thử nghiệm nuốt nước bọt lặp lại (RSST – Repetitive saliva swallowing test): Yêu cầu người bệnh nuốt nước bọt nhiều lần trong 30 giây. Đánh giá người bệnh nuốt nước bọt bằng cách quan sát hoặc cảm nhận sự chuyển động của thanh quản. Nếu bệnh nhân không thể thực hiện ba lần nuốt liên tiếp trong 2 lần kiểm tra, người đó đã mắc chứng rối loạn nuốt. Nếu người bệnh có thể nuốt được nước bọt từ 3 lần trở lên, kiểm tra WST sẽ được thực hiện.⁸

Kiểm tra nuốt nước (WST – Water swallowing test): Người bệnh kiểm tra nuốt nước trong tư thế ngồi hoặc nằm cao đầu 30 - 60 độ. Cho bệnh nhân uống 3ml nước, nếu bị sặc, nghẹn, xuất hiện âm thanh ướt hoặc thay đổi giọng nói, người bệnh mắc chứng khó nuốt. Nếu không xuất hiện triệu chứng, tiếp tục uống 30ml nước. Đối tượng sặc, nghẹn, thay đổi giọng nói là đối tượng mắc rối loạn

nuốt. Nếu không xuất hiện triệu chứng nhưng người bệnh phải nuốt nhiều lần hoặc nuốt chậm hơn 5 giây thì nghi ngờ mắc chứng rối loạn nuốt. Đối tượng nuốt một lần trong 5 giây mà không xuất hiện triệu chứng bất thường là bình thường.⁸

Thu thập số liệu

Toàn bộ số liệu được thu thập bởi cử nhân dinh dưỡng đã được đào tạo để thu thập số liệu nghiên cứu.

Số liệu về nhân khẩu học: Số liệu được thu thập từ hồ sơ y tế của đối tượng, người chăm sóc và đối tượng nghiên cứu.

Số liệu của bộ câu hỏi EAT-10: Số liệu được thu thập trực tiếp từ đối tượng và tham khảo thêm bởi người chăm sóc của đối tượng.

Số liệu sau khi sàng lọc bằng RSST & WST: Nhà điều tra quan sát trực tiếp đối tượng, rồi điền kết quả vào bảng.

Xử lý và phân tích số liệu

Việc thu thập số liệu được thực hiện bằng phần mềm REDCap và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định lượng được tóm tắt với giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Đối với các biến định tính, tỷ lệ phần trăm và tần số đã được biểu diễn. Kiểm định Chi bình phương được sử dụng để so sánh tất cả các nhóm về các biến định tính. Thử nghiệm chính xác của Fisher được sử dụng khi hơn 20% ô có tần số dự kiến dưới 5. Các yếu tố liên quan được đánh giá bằng cách sử dụng hồi quy Logistic đơn biến, mức ý nghĩa thống kê $< 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Trong trường hợp, đối tượng không thể nói, không thể tự ngồi dậy cần có sự hỗ trợ của người chăm sóc là người nhà của đối tượng. Người chăm sóc chỉ tham gia nghiên cứu khi đã

tự nguyện đồng ý tham gia.

Các số liệu thu thập được chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng đề cương khóa luận tốt nghiệp Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng – Trường Đại học Y Hà Nội.

Nghiên cứu cung cấp những số liệu về tình trạng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quy, làm

căn cứ cho những nghiên cứu tiếp theo, cũng như cung cấp những bằng chứng hỗ trợ công tác chăm sóc, hỗ trợ người bệnh.

Người bệnh được đánh giá tình trạng rối loạn nuốt bằng bộ câu hỏi, sử dụng nước lọc với lượng ít, uống chậm, hoàn toàn đảm bảo tính an toàn cho người bệnh

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin về tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	p
Tuổi			
< 60	30	27,8	< 0,001*
60 - 75	56	51,8	
> 75	22	20,4	
Tuổi trung bình	66,02 ± 11,84		
Giới			
Nam	64	59,3	0,054*
Nữ	44	40,7	

* Chi-square test

Trong 108 người bệnh đột quy, tỷ lệ nam giới chiếm 59,3%, nữ giới chiếm 40,7%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66,02 ±

11,84 với 27,8% <60 tuổi, 51,8% từ 60 - 75 tuổi và 20,4% còn lại >75 tuổi.

Bảng 2. Tỷ lệ mắc rối loạn nuốt sàng lọc theo EAT-10 và RSST & WST của đối tượng nghiên cứu

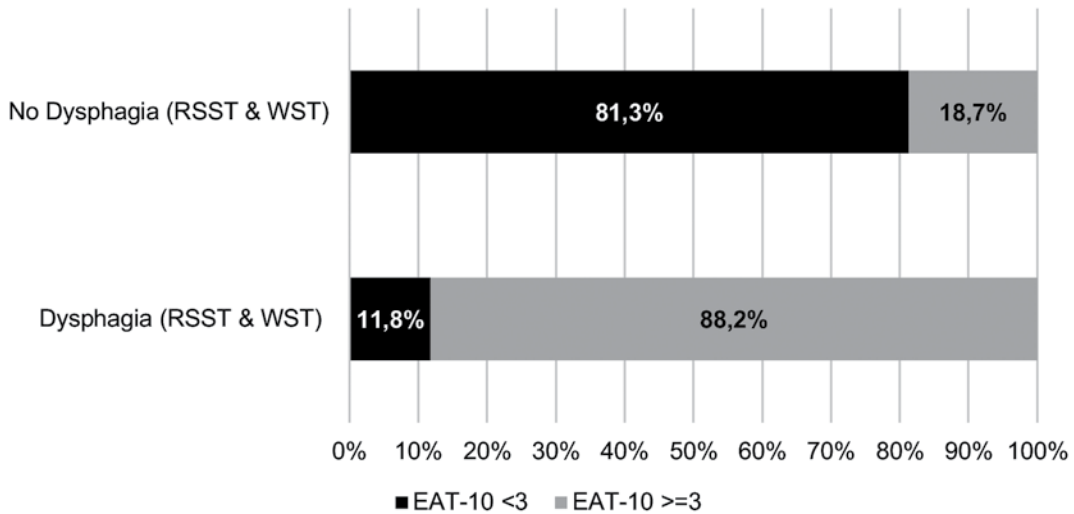
	Chung n = 108		Nam n = 64		Nữ n = 44		p
	n	%	n	%	n	%	
EAT-10							
Có RLN	32	29,6	17	26,6	15	34,1	< 0,001*
Không RLN	76	70,4	47	73,4	29	65,9	
Điểm trung bình			4,00 ± 7,58				

	Chung n = 108		Nam n = 64		Nữ n = 44		p
	n	%	n	%	n	%	
RSST & WST							
Có RLN	17	15,7	8	12,5	9	20,5	< 0,001*
Không RLN	91	84,3	56	87,5	35	79,5	

* Chi-square test

Kết quả bảng 2 cho thấy, tỷ lệ mắc rối loạn nuốt của đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi EAT-10 là 29,6%. Dựa vào bộ công cụ sàng lọc RSST & WST, chỉ 15,7% đối tượng bị rối loạn

nuốt. Ngoài ra, số lượng mắc giữa nam giới và nữ giới không có sự chênh lệch nhiều ở cả 2 bộ công cụ ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1. Tình trạng RLN theo EAT-10 và RSSR & WST

Ở biểu đồ 1, người bệnh khó nuốt được sàng lọc bằng RSST & WST hầu hết đều có tổng điểm EAT-10 lớn hơn hoặc bằng 3 (88,2%).

Tỷ lệ bệnh nhân không bị RLN có điểm EAT-10 nhỏ hơn 3 là 81,3%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng RLN và tuổi, giới, tình trạng đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố liên quan	EAT-10				RSST & WST			
	Có RLN n = 32 n (%)	Không RLN n = 76 n (%)	OR (95%CI)	p	Có RLN n = 17 n (%)	Không RLN n = 91 n (%)	OR (95% CI)	p
Tuổi								
< 60	6 (18,8)	24 (31,6)	1,00	0,060	2 (11,8)	28 (30,8)	1,00	0,062
60 – 75	15 (46,9)	41 (53,9)	1,46 (0,50 – 2,28)	0,486	8 (47,1)	48 (52,7)	2,33 (0,46 – 11,77)	0,305
> 75	11 (34,4)	11 (14,5)	4,44 (1,18 – 13,61)	0,026	7 (41,2)	15 (16,5)	6,53 (1,20 – 35,48)	0,030
Giới tính								
Nam	17 (53,1)	47 (61,8)	1,00		8 (47,1)	56 (61,5)	1,00	
Nữ	15 (46,9)	29 (38,2)	1,43 (0,62 – 3,24)	0,401	9 (52,9)	35 (38,5)	1,80 (0,64 – 5,10)	0,269
Bệnh lý								
< 3 bệnh	17 (53,1)	40 (52,6)	1,00		6 (35,3)	51 (56,0)	1,00	
≥ 3 bệnh	15 (46,9)	36 (47,4)	0,98 (0,43 – 2,24)	0,963	11 (64,7)	40 (44,0)	2,34 (0,80 – 6,87)	0,122
Tiền sử tăng huyết áp								
Không	7 (21,9)	28 (26,8)	1,00		3 (17,6)	32 (35,2)	1,00	
Có	25 (78,1)	48 (63,2)	2,08 (0,80 – 5,44)	0,134	14 (82,4)	59 (64,8)	2,53 (0,68 – 9,47)	0,168
Tăng huyết áp hiện tại								
Không	7 (21,9)	10 (13,2)	1,00		5 (29,4)	12 (13,2)	1,00	
Có	25 (78,1)	66 (86,8)	0,54 (0,19 – 1,58)	0,261	12 (70,6)	79 (86,8)	0,37 (0,11 – 1,22)	0,101
Tiền sử đái tháo đường								
Không	18 (56,2)	57 (75)	1,00		10 (58,8)	65 (71,4)	1,00	
Có	14 (43,8)	19 (25)	2,33 (0,98 – 5,57)	0,046	7 (41,2)	26 (28,6)	1,75 (0,60 – 5,09)	0,304

Yếu tố liên quan	EAT-10				RSST & WST			
	Có RLN n = 32 n (%)	Không RLN n = 76 n (%)	OR (95%CI)	p	Có RLN n = 17 n (%)	Không RLN n = 91 n (%)	OR (95% CI)	p
Đái tháo đường	17 (53,1)	39 (51,3)	1,00		9 (52,9)	47 (51,6)	1,00	
Hiện tại	15 (46,9)	37 (48,1)	0,93 (0,41 – 2,13)	0,864	8 (47,1)	44 (48,4)	0,95 (0,34 – 2,68)	0,992
<p>Trong bảng 3, đối tượng lớn hơn 75 tuổi có nguy cơ mắc rối loạn nuốt sau đột quỵ sàng lọc theo EAT-10 cao hơn gấp 4,44 lần (p = 0,026, 95% CI: 1,18 – 13,61) và theo RSST & WST cao hơn gấp 6,53 lần (p = 0,030, 95% CI: 1,20 – 35,48).</p>								
Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng RLN với một số đặc điểm lâm sàng và đối tượng nghiên cứu								
Yếu tố liên quan	EAT-10				RSST & WST			
	Có RLN n = 32 n (%)	Không RLN n = 76 n (%)	OR (95%CI)	p	Có RLN n = 17 n (%)	Không RLN n = 91 n (%)	OR (95% CI)	p
Điểm Glasgow	26 (81,2)	75 (98,7)	1,00		14 (82,4)	87 (65,6)	1,00	
9 – 12	6 (18,8)	1 (1,3)	17,31 (1,99 – 150,60)	0,010	3 (17,6)	4 (4,4)	4,66 (0,94 – 23,08)	0,029
Nhồi máu não	30 (93,8)	73 (96,1)	1,00		16 (94,1)	87 (95,6)	1,00	
Chảy máu não	2 (6,2)	3 (3,9)	1,62 (0,26 – 10,20)	0,606	1 (5,9)	4 (4,4)	1,36 (0,14 – 2,97)	0,790
Tiền sử đột quỵ	22 (68,8)	70 (92,1)	1,00		11 (64,7)	81 (89)	1,00	
Có	10 (31,2)	6 (7,9)	5,30 (1,73 – 16,25)	0,003	6 (35,3)	10 (11)	4,42 (1,34 – 14,55)	0,015

Yếu tố liên quan	EAT-10				RSST & WST			
	Có RLN n = 32 n (%)	Không RLN n = 76 n (%)	OR (95%CI)	p	Có RLN n = 17 n (%)	Không RLN n = 91 n (%)	OR (95% CI)	p
	Bán cầu trái	7 (21,9)	32 (42,1)	1,00	0,123	5 (29,4)	34 (37,3)	1,00
Bán cầu phải	13 (40,6)	26 (34,2)	2,29 (0,80 – 6,56)	0,124	7 (41,2)	32 (35,2)	1,49 (0,43 – 5,17)	0,532
Vị trí đột quy								
Cả 2 bên bán cầu	12 (37,5)	18 (23,7)	3,05 (1,02 – 9,12)	0,046	5 (29,4)	25 (27,5)	1,36 (0,36 – 5,21)	0,654

Có mối liên quan giữa tiền sử mắc đột quy và vị trí tổn thương với thực trạng rối loạn nuốt. Trong đó, bệnh nhân có tiền sử đột quy có nguy cơ bị rối loạn nuốt cao hơn 5,3 lần khi sàng lọc theo EAT-10 ($p = 0,003$, 95% CI: 1,73 – 16,25) và cao hơn 4,42 lần khi sàng lọc theo RSST & WST ($p = 0,015$, 95% CI: 1,34 – 14,44). Khi sử dụng bộ câu hỏi EAT-10, kết quả cho thấy người bệnh bị tổn thương ở cả 2 bên bán cầu có nguy cơ mắc chứng khó nuốt cao hơn 3,05 lần với $p = 0,046$ (95% CI: 1,02 – 9,12) so với người bệnh chỉ tổn thương một bên bán cầu não trái.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của đối tượng là 66,02 11,84, tương tự với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Đinh Thị Hoa và cộng sự là 69,2 12,9, nghiên cứu của Nguyễn Văn Đan và cộng sự 64,0 12,5, nghiên cứu của Mai Thanh Nghiệm và cộng sự: 65,4 12,42, Aiko Osawa và cộng sự: 65,5 13,4.^{3,9,11,12} Phân loại theo nhóm tuổi, người bệnh nhỏ hơn 60 tuổi chiếm tỷ lệ khá cao (27,8%), cho thấy xu hướng trẻ hoá của bệnh đột quy não. Tỷ lệ người bệnh là người cao tuổi (lớn hơn 60 tuổi) chiếm 72,3%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đan (62,5%) và tác giả Mai Thanh Nghiệm (63,1%).^{2,10} Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng nam giới nhiều hơn đối tượng nữ giới (1,5/1), tương tự với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Hoa: 2,4/1, tác giả Aiko Osawa: 1,4/1.^{9,12} Sự khác biệt được giải thích bởi nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ gây đột quy hơn nữ giới như sử dụng chất kích thích, thuốc lá... dẫn đến tăng huyết áp, tiểu đường... Như vậy, đặc điểm đối tượng bệnh nhân đột quy não trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với phân bố chung.

Ở bộ câu hỏi EAT-10, tỷ lệ rối loạn nuốt cao hơn gần gấp 2 lần so với bộ công cụ RSST &

WST. Nguyên nhân do bộ câu hỏi EAT-10 khảo sát trong một khoảng thời gian, trong khi biểu hiện khó nuốt có thể không xuất hiện khi tiến hành kiểm tra trên lâm sàng.

Tỷ lệ khó nuốt theo EAT-10 là 29,6% (32/108) với tổng điểm trung bình là $4,0 \pm 7,58$ tương đồng với kết quả của tác giả Shen Chen và cộng sự thực hiện trên nhóm người bệnh cao tuổi cũng sử dụng bộ câu hỏi EAT-10 với điểm trung bình là $5,5 \pm 10,7$ và tỷ lệ đối tượng mắc rối loạn nuốt là 31,1%.¹³ Tuy nhiên, kết quả này lại cao hơn gấp 2 lần so với nghiên cứu của tác giả Simon Hosbond Poulsen và cộng sự với chỉ 12,5% đối tượng đột quy não có rối loạn nuốt.¹⁴ Khi sàng lọc theo RSST & WST, tỷ lệ bệnh nhân đột quy mắc rối loạn nuốt là 15,7% (17/108). Kết quả này cao gần gấp 2 lần nghiên cứu của tác giả Chiho Takeda và cộng sự với 9,3%.¹⁵ Tuy nhiên, kết quả này lại thấp hơn 53,61% đối tượng mắc chứng khó nuốt trong nghiên cứu của tác giả Yi-Hui Ho và cộng sự tại Trung Quốc khi sử dụng cùng một bộ công cụ sàng lọc.¹⁶ Do vậy, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ khó nuốt ở bệnh nhân đột quy khá cao và tương đương với các quốc gia phát triển trên thế giới. Vì vậy, việc sàng lọc để phát hiện kịp thời chứng rối loạn nuốt là cần thiết và cần được triển khai rộng rãi. Một số nghiên cứu sử dụng độc lập bộ công cụ WST để sàng lọc rối loạn nuốt cũng cho ra nhiều kết quả khác nhau: nghiên cứu của Simon Hosbond Poulsen và cộng sự (2021) có 1,6% bệnh nhân có rối loạn nuốt, nghiên cứu của Alessandro de Sire và cộng sự chỉ ra rằng 5 đối tượng đột quy mắc chứng khó nuốt.^{14,17} Có thể thấy rằng việc sử dụng kết hợp RSST & WST giúp giảm khả năng bỏ lỡ bệnh nhân có rối loạn nuốt.

Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu cho thấy càng lớn tuổi, nguy cơ rối loạn nuốt sau

đột quy càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân trên 75 tuổi có nguy cơ bị rối loạn nuốt cao hơn gấp 4,44 lần theo EAT-10 và 6,53 lần theo RSST và WST. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Đan, Đinh Thị Hoa nguy cơ mắc rối loạn nuốt sau đột quy ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi là cao hơn so với nhóm trẻ hơn 60 tuổi.^{8,10} Vì vậy, rối loạn nuốt là mối lo ngại ở người bệnh cao tuổi. Những bệnh nhân đột quy lớn tuổi có nguy cơ cao bị thiếu cơ, mất trí nhớ và nhiều bệnh khác liên quan đến chứng khó nuốt. Ngoài ra khả năng phục hồi của người cao tuổi kém hơn người trẻ tuổi do chức năng các cơ quan bị suy giảm nên khả năng bị rối loạn nuốt sẽ cao hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng rối loạn nuốt sau đột quy có mối liên quan đến giới tính, tuy nhiên kết quả không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Thực hiện phân tích hồi quy đơn biến, các bệnh nhân có tiền sử đột quy có nguy cơ mắc chứng khó nuốt cao gấp 4 – 5 lần so với bệnh nhân không có tiền sử ($p = 0,003$, $p = 0,015$). Vị trí đột quy cả hai bán cầu não có nguy cơ nuốt khó cao hơn bán cầu não trái là 3,05 lần ($p = 0,046$) theo EAT-10. Khi sử dụng RSST & WST, vị trí đột quy ở cả 2 bên bán cầu não cũng làm tăng nguy cơ rối loạn nuốt lên 1,36 lần, tuy nhiên kết quả không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo tác giả Nguyễn Văn Đan, bệnh nhân bị đột quy ở bán cầu não phải và cả hai bán cầu đều có tăng nguy cơ khó nuốt lên 1,39 lần (95% CI: 0,66 – 2,93) và 2,78 lần (95% CI: 1,05 – 7,32).¹¹ Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm cho thấy đối tượng bị tai biến mạch máu não đa ổ hoặc diện rộng có có nguy cơ bị rối loạn nuốt cao gấp 3,41 lần bệnh nhân bị tai biến mạch máu não một ổ.¹⁸ Những tổn thương lan rộng sẽ ảnh hưởng đến vùng não chi phối chức năng nuốt của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 108 bệnh nhân đột quỵ não tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người bệnh mắc rối loạn nuốt sau đột quỵ khá cao, 29,6% khi sàng lọc theo EAT-10 và 15,6% khi sàng lọc theo RSST và WST. Bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử đột quỵ trước đó, bệnh nhân có diện tích tổn thương não lớn có ảnh hưởng đến tình trạng rối loạn nuốt.

KHUYẾN NGHỊ

Điều dưỡng tại các bệnh phòng cần được đào tạo cách sàng lọc rối loạn nuốt bằng các bộ công đơn giản như RSST, WST và bộ câu hỏi EAT-10.

Các bệnh nhân đột quỵ não cần được sàng lọc rối loạn nuốt sớm tại thời điểm nhập viện bởi điều dưỡng. Đặc biệt, phải chú ý đến những bệnh nhân có nguy cơ mắc rối loạn nuốt cao: bệnh nhân lớn tuổi, bệnh nhân đã từng có tiền sử đột quỵ não và bệnh nhân có diện tích phần não bị tổn thương rộng.

Các chuyên gia dinh dưỡng tại các bệnh viện cần có kế hoạch can thiệp sớm và phù hợp đối với những bệnh nhân đột quỵ não mắc rối loạn nuốt để dự phòng những biến chứng nặng nề như hít sặc, viêm phổi hít...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donkor ES. Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Res Treat.* 2018; 2018:3238165. doi:10.1155/2018/3238165.
2. World Stroke Organization (WSO)-Global Stroke Fact Sheet 2022.pdf. Dropbox. Accessed May 1, 2024. <https://www.dropbox.com/s/wm12nosylzkk5ea/World%20Stroke%20Organization%20%28WSO%29-%20Global%20Stroke%20Fact%20Sheet%202022.pdf?dl=0>.
3. Mai Thành Nghiệm, Nguyễn Trung Kiên, Ông Văn Mỹ. Nghiên cứu tình hình rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021 - 2022. *VMJ.* 2022; 517(2). doi:10.51298/vmj.v517i2.3234.
4. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, et al. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS One.* 2016; 11(2): e0148424. doi:10.1371/journal.pone.0148424.
5. Foley NC, Martin RE, Salter KL, Teasell RW. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. *J Rehabil Med.* 2009; 41(9): 707-713. doi:10.2340/16501977-0415.
6. Nishiwaki K, Tsuji T, Liu M, Hase K, Tanaka N, Fujiwara T. Identification of a simple screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variables. *J Rehabil Med.* 2005; 37(4): 247-251. doi:10.1080/16501970510026999.
7. Oguchi K, Saitoh E, Mizuno M, Baba M, Okui M, Suzuki M. The Repetitive Saliva Swallowing Test (RSST) as a screening test of functional dysphagia (1) normal values of RSST. *Jpn J Rehabil Med.* 2000; 37:375-382. doi:10.2490/jjrm1963.37.375.
8. Horiguchi S, Suzuki Y. Screening Tests in Evaluating Swallowing Function. 2011; 54(1).
9. 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. *VMJ.* 2021; 502(1). doi:10.51298/vmj.v502i1.598.
10. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008; 117(12): 919-924. doi:10.1177/000348940811701210.

11. Nguyễn Văn Đan, Trương Quang Trung. 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. *VMJ*. 2024; 534(1). doi:10.51298/vmj.v534i1.8061.
12. Osawa A, Maeshima S, Tanahashi N. Water-swallowing test: screening for aspiration in stroke patients. *Cerebrovasc Dis*. 2013; 35(3): 276-281. doi:10.1159/000348683.
13. Chen S, Cui Y, Ding Y, et al. Prevalence and risk factors of dysphagia among nursing home residents in eastern China: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2020; 20(1): 352. doi:10.1186/s12877-020-01752-z.
14. Poulsen SH, Rosenvinge PM, Modlinski RM, Olesen MD, Rasmussen HH, Holst M. Signs of dysphagia and associated outcomes regarding mortality, length of hospital stay and readmissions in acute geriatric patients: Observational prospective study. *Clin Nutr ESPEN*. 2021; 45: 412-419. doi:10.1016/j.clnesp.2021.07.009.
15. Takeda C, Yoshida M, Nakamori M, et al. Delayed Swallowing Reflex is Overlooked in Swallowing Screening Among Acute Stroke Patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2020; 29(12). doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105303.
16. Ho YH, Liu HY, Huang ST. [The prevalence and signs of Dysphagia among stroke patients in rehabilitation units]. *Hu Li Za Zhi*. 2014; 61(2): 54-62. doi:10.6224/JN.61.2.54.
17. de Sire A, Giachero A, DE Santi S, Inglese K, Solaro C. Screening dysphagia risk in 534 older patients undergoing rehabilitation after total joint replacement: a cross-sectional study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2021; 57(1): 131-136. doi:10.23736/S1973-9087.20.06321-2.
18. Nguyễn Văn Tâm, Trần Thị Quỳnh Chi, Nguyễn Thị Hải Hà. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não điều trị tại viện Y học biển năm 2019. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 509 (Số chuyên đề):34-40.

Summary

PREVALENCE OF DYSPHAGIA AND RELATED FACTORS AMONG BRAIN STROKE INPATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN 2023 – 2024

Stroke is the leading cause of death in the world and causes many serious sequelae for patients, especially dysphagia. A cross-sectional study was conducted on 108 stroke patients undergoing inpatient treatment at Hanoi Medical University Hospital to determine the prevalence of dysphagia and some related factors. Research results show that the proportion of patients with swallowing disorders screened according to the EAT-10 questionnaire was 29.9%, nearly 2 times higher than the rate when clinically screened according to RSST & WST which was 15.7%. Elderly patients, patients with a history of diabetes and stroke, patients with cognitive disorders and large areas of brain damage had a higher risk of dysphagia than other groups, the results were statistically significant with $p < 0.05$. Therefore, early screening for swallowing disorders for stroke patients plays a very important role in order to have an appropriate nutrition intervention plan to contribute to increasing treatment effectiveness and quality of life for stroke patients with dysphagia.

Keywords: Brain stroke, dysphagia, EAT-10, RSST & WST, related factors.