

## 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

Đinh Thị Hoa<sup>1</sup>, Mạc Doanh Thịnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ, mức độ rối loạn nuốt bằng thang điểm GUSS ở người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp và phân tích một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại khoa Thần kinh bệnh viện đa khoa tỉnh Hải dương. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu. Gồm 86 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Cỡ mẫu cho nghiên cứu tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể. Cách chọn mẫu thuận tiện, khi thực hiện lấy mẫu chúng tôi đã lấy được 86 bệnh nhân. Sử dụng thang điểm GUSS đánh giá. **Kết quả:** Bệnh nhân có tuổi trung bình  $69,2 \pm 12,90$ , nhóm bệnh nhân có độ tuổi < 60 chiếm tỷ lệ khá cao. Tỷ lệ rối loạn nuốt là 38,4%. Một số yếu tố liên quan nổi trội của rối loạn nuốt: Tuổi, giới, tình trạng ý thức, nguy cơ mắc viêm phổi cao ở nhóm họ không hiệu quả. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc rối loạn nuốt khá cao ở bệnh nhân đột quỵ giai đoạn cấp khi sàng lọc bằng thang GUSS tại bệnh viện tỉnh Hải Dương. Nên có chiến lược sàng lọc rộng rãi và toàn diện hơn tình trạng rối loạn nuốt ở các cơ sở điều trị bệnh nhân đột quỵ.

### SUMMARY

#### SURVEY THE REALITY OF SWALLOW DISORDER IN ACUTE STROKE AT NEUROLOGY DEPARTMENT IN HAI DUONG PROVINCE GENERAL HOSPITAL

**Subject:** Determine the rate and level of the swallow disorder by the GUSS scale in patients with acute stroke and analyze some of the risk factors related to swallow disorder in patients with acute stroke at Neurology Department in Hai Duong province general hospital. **Method:** Using a cross-sectional study, the sample size was 86 patients. The sample size for this study is based on the formula that estimates a proportion in a population. With the convenient way to select samples, when we did sample collection, the GUSS scale was used to evaluate. **Result:** The mean ages of patients was  $69.2 \pm 12.90$  years old, the proportion of patients aged <60 years old is quite high. Rate of swallow disorders was 38.4%. Some related factors of swallow disorder: Age, sex, consciousness, and high risk of pneumonia in ineffective cough group. **Conclusion:**

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

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hoa

Email: hoadinghoa@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2021

Ngày duyệt bài: 4.5.2021

The incidence of swallowing disorder is quite high in patients with acute stroke when screening with the GUSS scale at Hai Duong province general hospital. There should be a strategy for a broader screening of swallow disorder in acute stroke-patient settings.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một bệnh rất thường gặp trong thực hành lâm sàng và đang trở thành một thách thức của y học hiện nay. Đột quỵ đang trở thành một vấn đề thời sự cấp bách do tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng ngày càng tăng, tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ hai trên thế giới [1]. Trên toàn thế giới, đột quỵ đã cướp đi sinh mạng của bốn triệu người mỗi năm, số người sống sót có di chứng nhẹ và vừa chiếm tới 50% [2]. Trong số những người sống sót, chỉ có 26% trở lại nghề cũ, số còn lại phải chuyển hoặc bỏ nghề nên thu nhập thấp và trở thành gánh nặng cho gia đình, xã hội [3]. Rối loạn nuốt (RLN) là vấn đề thường gặp trên bệnh nhân tai biến mạch não cấp, chiếm khoảng 42 – 67% [4], gây hít sặc dẫn đến viêm phổi với tỉ lệ lên đến 73,4% [5]. Viêm phổi có nguy cơ tử vong tăng gấp 5,4 lần [6]. Trong đó, rối loạn nuốt làm tăng nguy cơ viêm phổi gấp 3,17 lần và hít sặc tăng nguy cơ viêm phổi gấp 6,95 – 11,57 lần thậm chí gấp 18 lần [4],[5]. Các hậu quả khác của rối loạn nuốt là tình trạng suy dinh dưỡng, mất nước, kéo dài thời gian nằm viện và tiên lượng xấu [4][7]. Sàng lọc, phát hiện sớm rối loạn nuốt không những giúp hạn chế nguy cơ viêm phổi hít mà còn giúp làm giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong [8]. Vì vậy chẩn đoán và phát hiện sớm và dự phòng rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ được xem là một biện pháp làm giảm biến chứng cũng như tử vong [9]. Tại Hải Dương, cho đến bây giờ chưa có nghiên cứu nào đánh giá thực trạng và những nguy cơ của rối loạn nuốt được thực hiện ở bệnh nhân đột quỵ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "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" với hai mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ và mức độ rối loạn nuốt bằng thang điểm GUSS ở người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại khoa Thần kinh bệnh viện đa khoa tỉnh Hải dương.

2. Phân tích một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại khoa Thần kinh bệnh viện đa khoa tỉnh Hải dương.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Là 86 bệnh nhân (BN) đã được chẩn đoán xác định là Đột quỵ khảm và điều trị nội trú tại khoa Thần kinh - bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương trong năm 2019 được lựa chọn vào nghiên cứu dựa trên các tiêu chuẩn và loại trừ sau:

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân bị đột quỵ lần đầu và nhập viện điều trị trước 7 ngày; Có điểm Glasgow > 10 điểm; Chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ sọ não thấy có hình ảnh nhồi máu não hay hình ảnh xuất huyết não; Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đột quỵ có suy hô hấp phải đặt nội khí quản, rối loạn ý thức, hôn mê không làm theo lệnh. Người bệnh đột quỵ tái phát. Tổn thương não do các nguyên nhân khác: chấn thương sọ não, nhiễm khuẩn hệ thần kinh, u não, di căn não. Các nguyên nhân rối loạn nuốt khác. Đồng ý tham gia đánh giá.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu

**2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Cỡ mẫu cho nghiên cứu tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{(p.\epsilon)^2}$$

Trong đó:  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  ( $\alpha = 0.05$ )

$p = 64,3\%$  theo nghiên cứu trước.

$\epsilon = 0.2$  là độ chính xác tương đối

Tính được  $n = 83$

Cách chọn mẫu thuận tiện, khi thực hiện lấy mẫu chúng tôi đã lấy được 86 bệnh nhân.

**2.3. Cách tiến hành nghiên cứu**

**2.3.1. Phương tiện nghiên cứu:** Bệnh án nghiên cứu; Bảng điểm GUSS đánh giá nuốt; Bánh pudding, nước lọc (Lavie), bánh mì, thìa 5ml, cốc chia vạch 10 ml -50ml, đồng hồ bấm giây, đèn soi họng, đèn lưỡi.

**2.3.2. Các chỉ số nghiên cứu**

**a) Lượng giá thang điểm GUSS:** bao gồm 4 mục tổng điểm là 20, thông qua việc lượng giá lâm sàng để đánh giá tình trạng tương ứng với số điểm đạt được theo các mức độ

+ 0 – 9 điểm: rối loạn nuốt nặng; 10 – 14 điểm: rối loạn nuốt vừa; 15 – 19 điểm: rối loạn nuốt nhẹ; 20 điểm: không có rối loạn nuốt.

**b) Lượng giá bảng điểm Glasgow:** đánh

giá tình trạng ý thức của BN qua bảng điểm Glasgow rồi tính điểm.

\*Tất cả các BN đột quỵ phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn điều trị nội trú tại khoa Thần kinh - bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương được khám và hỏi bệnh dựa theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Đánh giá hôn mê bằng thang điểm Glasgow. Phân độ theo Glasgow: 11 – 12 điểm mức độ vừa, 13 -14 điểm mức độ nhẹ, 15 điểm tình táo hoàn toàn

- Chụp CT scanner sọ não và/hoặc MRI sọ não xác định chẩn đoán.

- Đánh giá và phân độ rối loạn nuốt dựa vào bảng điểm GUSS của Trapl và cộng sự.

\*Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được tiến hành: Khám đánh giá các dấu hiệu lâm sàng; Đảm bảo các chức năng sống; Điều trị Đột quỵ; Được giải thích và đồng ý tham gia đánh giá.

**3. Xử lý số liệu:** Dùng phần mềm SPSS 16.0 để xử lý số liệu.

**4. Vấn đề đạo đức của đề tài:** Đảm bảo các vấn đề về đạo đức nghiên cứu trong lâm sàng.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu**

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

Biến số		Số BN (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	<60	23	26,7
	60-69	23	26,7
	70-80	18	20,9
	>80	22	25,7
Giới (p<0,05)	Nam	61	70,9
	Nữ	25	29,1
Tuổi TB của tổng BN		86	69,2 ± 12,90
Tuổi TB của nhóm BN (p < 0,05)	Có RLN	33	65,6 ± 12.16
	Không RLN	53	75,8 ± 11,71
TB điểm Glasgow (11->15 điểm)		86	14,3 ± 1,22

**Nhận xét:** BN có tuổi cao nhất là 101 tuổi, thấp nhất là 48 tuổi, tuổi trung bình 69,2 ± 12,90.

BN là nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn 2,4 lần so với BN là nữ (61/25 = 2,4). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi TB của hai nhóm có và không RLN

**Bảng 2: Các triệu chứng về hệ hô hấp của đối tượng nghiên cứu**

Triệu chứng	Có		Không	
	n	%	n	%
Thở rồ	75	87,2	11	12.8
Giọng ứốt	31	36,1	55	63,9
Ho hiệu quả	58	67.4	28	32.6

Hơi thở ngắn	18	20,9	68	79,1
Tiếng ồn ở đường thở trên	12	14,0	74	86,0
Ho theo yêu cầu	68	79,1	18	20,9
Tăng hằng giọng	65	75,7	21	24,3

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tỷ lệ BN có và không có của các triệu chứng hô hấp khi khảo sát.

**Bảng 3: Tỷ lệ và mức độ rối loạn nuốt**

**khi đánh giá bằng thang GUSS**

Độ khó nuốt	n	%
Rối loạn nuốt nặng	24	27,9
Rối loạn nuốt vừa	4	4,6
Rối loạn nuốt nhẹ	5	5,9
Không rối loạn nuốt	53	61,6
<b>Tổng</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân bị RLN khá cao 38,4% (BN bị RLN nặng 27,9%, còn lại là 10,5% BN RLN nhẹ, vừa)

**2. Một số yếu tố nguy cơ liên quan của rối loạn nuốt**

**Bảng 4: Môi liên quan giữa rối loạn nuốt và tuổi, giới**

Nhóm tuổi	Có RL nuốt		Không RL nuốt		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
<b>Tuổi:</b> <60	4	17,4	19	82,6	1	
60-69	8	34,8	15	65,2	3,92 (0,68-22,70)	0,127
70-80	8	44,4	10	55,6	7,44 (1,25-44,19)	0,027
>80	13	59,1	9	40,9	12,14 (2,10-70,22)	0,005
<b>Giới:</b> Nam	18	29,5	43	70,5	3,14 (1,07-9,22)	0,033
Nữ	15	60,0	10	40,0	1	
<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>38,4</b>	<b>53</b>	<b>61,6</b>		

**Nhận xét:** Nhóm BN trên 80 tuổi, 70-80, và 60-69 có nguy cơ bị RLN cao hơn nhóm <60 tuổi lần lượt là 12,14 lần, 7,44 lần và 3,92 lần. có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. BN là nam có nguy cơ bị RLN cao hơn nữ 3,14 lần, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5: Liên quan giữa rối loạn nuốt và điểm Glasgow**

Glasgow	Có RLN		Không RLN		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
11-12 điểm	10	100	0	0	-	
13-14 điểm	13	92,9	1	7,1	30,71 (5,52-170,76)	0,000
15 điểm	10	16,1	52	83,9	1	

**Nhận xét:** - Nhóm BN có điểm Glasgow 13-14 có nguy cơ bị RLN cao hơn nhóm BN 15 điểm 30,71 lần, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,001

- Nhóm BN có điểm Glasgow 11-12 chắc chắn có RLN trên lâm sàng.

**Bảng 6: Liên quan giữa ho không hiệu quả và viêm phổi**

Triệu chứng	Viêm phổi		Không viêm phổi		OR (95% CI)	p
	n	%	n	%		
Ho hiệu quả	6	10,3	52	89,7	1	
Hokhông hiệu quả	12	42,9	16	57,1	20(4,8-82,2)	<0,05
<b>Tổng</b>	<b>18</b>	<b>20,9</b>	<b>68</b>	<b>79,1</b>		

**Nhận xét:** Nguy cơ mắc viêm phổi ở nhóm ho không hiệu quả cao hơn 20 lần so với nhóm ho có hiệu quả OR = 20 (4,8-82,2).

**Bảng 7: Môi liên quan giữa thể đột quy và viêm phổi**

Triệu chứng	RLN		Không RLN		OR (95% CI)	p
	n	%	n	%		
Xuất huyết não	17	44,7	21	55,3	1,63 (0,61-4,35)	0,334
Nhồi máu não	16	33,3	32	66,7	1	
<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>38,4</b>	<b>53</b>	<b>61,6</b>		

**Nhận xét:** Nguy cơ BN nhóm Xuất huyết não có RLN cao hơn nhóm Nhồi máu não 1,63 lần, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu.** Tuổi BN trong nghiên cứu của chúng tôi dao động từ 48 đến 101 tuổi, trung bình là 69,2 ± 12,90. Tỷ lệ BN trong các độ tuổi tương đương

nau. Nhóm tuổi dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ khá cao 26,7%, điều này thể hiện xu hướng trẻ hóa của bệnh đột quy. Tuy nhiên tỷ lệ BN trên 70 tuổi rất cao là 46,6%. Độ tuổi trung bình của BN trong NC của chúng tôi cao hơn so với một số

NC khác Lê Văn Thính (2007):  $62,3 \pm 8,8$ , tương tự Nguyễn Thế Dũng (2009):  $63,4 \pm 17,7$ , Nguyễn Thị Dung (2014):  $60,3 \pm 12,01$ . Kết quả NC cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi TB của hai nhóm có và không RLN ( $p < 0,05$ ). Nhóm RLN trong NC có độ tuổi TB là  $65,6 \pm 12,16$ . Kết quả này cao hơn so với một số NC khác. Falsetti và cs (2009):  $57,9 \pm 11,9$ .

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy BN là nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với BN là nữ (2,4/1). 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, Phan Nhật Chí và cs (2011): 1,6/1, Nguyễn Thị Dung (2014): 2,2/1. 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, mức độ nặng ... tâm lý không cân bằng bằng giới nữ.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 có 62 bệnh nhân nhập viện với tình trạng ý thức tỉnh táo hoàn toàn, chiếm 72,1%. Bệnh nhân có điểm rối loạn ý thức nhẹ điểm là 10/86 bệnh nhân chiếm 11,6%; bệnh nhân có điểm rối loạn ý thức vừa 14/86 chiếm 16,3%. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu này có ý thức tỉnh táo, tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là điểm Glasgow từ 11 điểm trở lên, những bệnh nhân có rối loạn ý thức nặng hoặc hôn mê chúng tôi không chọn vào mẫu nghiên cứu vì các bệnh nhân này sẽ không có khả năng kiểm soát được động tác nuốt, bởi vì động tác nuốt là nửa tùy ý nửa tự động.

**Dấu hiệu hô hấp và tỉ lệ viêm phổi:** Có 36,1% bệnh nhân có dấu hiệu giọng nói thay đổi. Đây là dấu hiệu nhận biết trên lâm sàng để các bác sỹ và điều dưỡng chú ý theo dõi tình trạng ứ đọng do rối loạn nuốt. Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 có 18/86 bệnh nhân có dấu hiệu thở ngắn chiếm 20,9% và 12/86 bệnh nhân có tiếng ồn đường hô hấp đây là dấu hiệu dự báo tình trạng viêm phổi trên bệnh nhân đột quỵ.

**Tỷ lệ và mức độ rối loạn nuốt:** Tỷ lệ bệnh nhân có RLN trong nghiên cứu là 38,4%. Tỷ lệ này thấp 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. Theo tác giả Martino (2006) tỉ lệ rối loạn nuốt là 45%, Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn với một số nghiên cứu Daniels có tỉ lệ nuốt là 65%, D. Kidd và cộng

sự sử dụng phương pháp uống 50ml nước phối hợp với chiếu điện quang quay video với cỡ mẫu 60 bệnh nhân cho kết quả rối loạn nuốt dao động 42-65%.. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn nuốt ở BN đột quỵ là rất cao ở các mức độ nặng nhẹ khác nhau. Vì vậy 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 là hít phải dị vật. 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.

**2. Một số yếu tố nguy cơ liên quan của rối loạn nuốt.** Từ kết quả NC của bảng 4 cho thấy: Có mối liên quan giữa tình trạng RLN và độ tuổi của bệnh nhân. Nguy cơ RLN ở BN có độ tuổi >80 tuổi và 70-80 tuổi cao hơn nhóm <60 tuổi lần lượt là 12, 2 lần và 7,4 lần. (OR = 12,2; 95%CI=2,1 – 70,22). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với NC của Lương Văn Long, nhóm bệnh nhân có tuổi trên 50 có tỷ lệ rối loạn nuốt là 68,18% cao hơn nhóm bệnh nhân tuổi dưới 50 là 30,0% ( $p < 0,05$ . OR = 5,0 ; 95%CI (1,51-17,88). Kết quả NC của bảng 4 cho thấy: BN là nam trong NC có nguy cơ bị RLN cao hơn nữ 3,1 lần (OR = 3,1; 95%CI=1,07 – 9,22), có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Rối loạn nuốt có liên quan tới tình trạng ý thức của bệnh nhân. Kết quả NC bảng 5 cho thấy Nhóm BN có điểm Glasgow 13-14 có nguy cơ bị RLN cao hơn nhóm BN 15 điểm 30,7 lần, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Nhóm BN có điểm Glasgow 11-12 chắc chắn có RLN trên lâm sàng. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả NC của Lương Văn Long các bệnh nhân có điểm Glasgow 10-14 điểm hầu hết các bệnh nhân có điểm Glasgow từ 10-14 điểm đều có rối loạn nuốt. Điều này cũng phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh của rối loạn nuốt trong đột quỵ là rối loạn nuốt chủ yếu ở pha miệng-họng là động tác có ý thức, một tình trạng rối loạn ý thức sẽ làm ảnh hưởng tới quá trình nuốt. Vì thế nếu bệnh nhân đột quỵ vào viện trong tình trạng có rối loạn ý thức, dù ở mức độ nào cũng cần được đánh giá rối loạn nuốt.

Dựa vào kết quả bảng 6 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân bị viêm phổi của nhóm có rối loạn nuốt là (15/86 BN) 17,4% cao hơn tỷ lệ viêm phổi của bệnh nhân không có rối loạn nuốt là 3,4%. Tuy nhiên không có mối liên quan giữa RLN và viêm phổi chỉ số OR < 1, không có sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê. Kết quả NC bảng 6 cũng cho thấy triệu chứng ho không hiệu quả là yếu tố nguy cơ có liên quan đến tình trạng viêm phổi. Tỷ lệ BN ho không hiệu quả trong nhóm viêm phổi cao hơn nhóm không viêm phổi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nguy cơ mắc viêm phổi ở nhóm ho không hiệu quả cao hơn 20 lần so với nhóm ho có hiệu quả OR = 20 (4,8-82,2), có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả này cũng giống với NC của Nguyễn Thị Dung nguy cơ viêm phổi của nhóm ho không hiệu quả cao nhóm ho hiệu quả.

#### V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ BN tham gia NC trên 70 tuổi khá cao là 46,6%. Độ tuổi trung bình: 69,2 ± 12,90.

- Tỷ lệ BN có RLN khá cao 38,4%. Nam giới mắc nhiều hơn nữ giới.

2. Một số yếu tố nguy cơ liên quan nổi trội của RLN: Độ tuổi cao, nam giới có nguy cơ bị rối loạn nuốt cao hơn nữ. BN có tình trạng ý thức thông qua điểm Glasgow thấp có nguy cơ bị rối loạn nuốt cao hơn nhóm BN có điểm Glasgow 15 điểm. Nguy cơ mắc viêm phổi ở nhóm ho không hiệu quả cao hơn so với nhóm ho có hiệu quả.

#### KIẾN NGHỊ

1. Tất cả các bệnh nhân đột quỵ cấp nên được sàng lọc RLN bởi các thang sàng lọc sớm (GUSS) ngay sau khi nhập viện tại các khoa cấp cứu và thần kinh.

2. Đào tạo nhân viên để tham gia trị liệu rối loạn nuốt cho bệnh nhân tại các khoa Thần kinh bệnh viện tuyến tỉnh để nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc bệnh nhân đột quỵ ở giai đoạn cấp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Nhựt Trí (2011), "Nghiên cứu rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch não cấp tại Bệnh Viện Cà Mau năm 2010", Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học y Hà Nội.
2. Trần Văn Minh (2002), "Nghiên cứu biến chứng sặc phổi ở các bệnh nhân điều trị hồi sức cấp cứu và chống độc", Luận văn Bác sỹ CKII, Đại học Y HN.
3. Adam et al (2007). "Guiline for the Early Management of Adult with Ischemic Stroke". Circulation 2007. 478 – 534.
4. Martino et al (2006), "Management of Dysphagia in Acute Stroke: An Educational Manual for the Dysphagia Screening Professional", The Heart and Stroke Foundation of Ontario, J A N U A R Y 2 0 0 6
5. Nguyễn Thị Dung (2014). Bước đầu tìm hiểu rối loạn nuốt và nhu cầu can thiệp PHCN nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não. Luận văn bác sĩ nội trú. Đại học Y Hà Nội.
6. Falsetti P et al (2009). Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. J stroke cerebrovasc Dis; 18: 329-335.
7. D. Kidd et al (1993), "Aspiration in acute stroke: a clinical study with videofluoroscopy", Quarterly journal of Medicine, 1993; 86:825-829.
8. C.Gordon et al (1987), "Dysphagia in acute stroke", British Medical Journal, volume 295 15 August 1987.

## KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC ĐỘ HỒI PHỤC KHI RA VIỆN VỚI MỘT SỐ THANG ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO KHÔNG DO NGUYÊN NHÂN TỪ TIM

Nguyễn Văn Quốc<sup>1</sup>, Dương Văn Duy<sup>2</sup>, Nguyễn Trung Kiên<sup>2</sup>,  
Trương Xuân Dương<sup>2</sup>, Nguyễn Quang Huy<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thái Sơn<sup>2</sup>, Đặng Phúc Đức<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét các yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng và các thang điểm đột quỵ của BN Đột quỵ nhồi máu não cấp không do nguyên nhân từ tim và

khảo sát mối liên quan giữa mức độ hồi phục khi ra viện với các thang điểm đột quỵ. **Đối tượng và phương pháp:** 159 BN Đột quỵ nhồi máu não lần đầu không do nguyên nhân từ tim được điều trị tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/2020 đến tháng 1/2021, thời gian nhập viện dưới 7 ngày tính từ khi khởi phát. **Kết quả:** Các yếu tố nguy cơ đột quỵ: tuổi ≥ 55 83,6%, nam 64,8%, tăng huyết áp 51,6%, đái tháo đường 11,9%, rối loạn lipid 26,4%, béo phì 15,7%, hút thuốc lá 29,6% và uống rượu bia 30,4%. Các thang điểm lúc nhập viện: Điểm GCS trung bình 14,41 ± 1,31 GCS = 15 điểm là 74,2%; điểm NIHSS trung bình 7,47 ± 5,80, NIHSS < 5 điểm là 39,6% và điểm ASPECT trung bình 7,87 ± 1,39,

<sup>1</sup>Hệ Sau đại học, Học viện Quân Y

<sup>2</sup>Hệ Đại học, Học viện Quân Y

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Quốc

Email: bs.vanquoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2021

Ngày duyệt bài: 7.5.2021