

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN NUỐT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Dương Huy Hoàng^{1*}, Nguyễn Thị Hoa¹, Phạm Thị Kim Liên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan ở người bệnh nhồi máu não tại khoa Thần kinh Bệnh viện đa khoa Thái Bình.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2025 tại khoa Thần kinh Bệnh viện đa khoa Thái Bình, phương pháp lấy mẫu toàn bộ trên 145 người bệnh nhồi máu não. Số liệu được thu thập bằng thang điểm GUSS được sử dụng để sàng lọc rối loạn nuốt.

Kết quả: Tỉ lệ rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não là 41,38%. Trong đó: rối loạn nuốt mức độ nhẹ là 22,03%, trung bình là 11,07%, nặng là 8,27%. Tuổi trung bình của người bệnh là 68,26 ± 12,47, nam giới chiếm đa số 59,31%. Người bệnh rối loạn nuốt có triệu chứng: chảy nước dãi chiếm 100%, sặc khi nuốt chiếm 88,89%, thay đổi giọng nói 58,62%, ho chiếm 14,89%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nuốt với một số yếu tố như: tổn thương tại thân não, liệt mặt rối loạn giao tiếp và tiền sử đột quy (các giá trị $p < 0,05$).

Kết luận: Tỉ lệ rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não là 41,38%. Có mối liên quan giữa rối loạn nuốt với vị trí tổn thương tại thân não, liệt mặt, rối loạn giao tiếp và tiền sử đột quy.

Từ khóa: rối loạn nuốt, đột quy nhồi máu não

DYSPHAGIA PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of dysphagia and some associated factors among patients with ischemic stroke in the Neurology Department of Thai Binh General Hospital.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted from February to August 2025 in the Neurology Department of Thai Binh General Hospital. A total sampling method was applied

to 145 patients with ischemic stroke. Data were collected using the GUSS (Gugging Swallowing Screen) scale to screen for dysphagia.

Results: The prevalence of dysphagia in patients with ischemic stroke was 41.38%. Of these, mild dysphagia accounted for 22.03%, moderate for 11.07%, and severe for 8.27%. The mean age of patients was 68.26 ± 12.47 years, with males comprising the majority (59.31%). Patients with dysphagia presented with symptoms including drooling (100%), choking during swallowing (88.89%), voice changes (58.62%), and coughing (14.89%). There were statistically significant associations between dysphagia and several factors, including brainstem lesions, facial paralysis, communication disorders, and a history of stroke ($p < 0.05$).

Conclusion: The prevalence of dysphagia in patients with ischemic stroke was 41.38%. Dysphagia was significantly associated with brainstem lesion location, facial paralysis, communication disorders, and a history of stroke.

Keywords: dysphagia, ischemic stroke

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, trong đó nhồi máu não là loại đột quy não phổ biến nhất, chiếm khoảng 80% [1]. Rối loạn nuốt là một thuật ngữ dùng để chỉ sự suy giảm hoặc rối loạn chức năng nuốt gây trì hoãn quá trình di chuyển thức ăn từ khoang miệng vào dạ dày, là triệu chứng thường gặp sau đột quy não cấp tính, tỉ lệ mắc có thể đến 76% [2]. Sự hiện diện của rối loạn nuốt có thể làm tăng đáng kể nguy cơ hít sặc, viêm phổi và kéo dài thời gian nằm viện ở người bệnh đột quy. Người bệnh rối loạn nuốt sau đột quy có nguy cơ mắc viêm phổi cao gấp năm lần so với các trường hợp không rối loạn nuốt. Theo Hiệp hội Ngôn ngữ trị liệu Hoa Kỳ [3] những người bị rối loạn nuốt thường có xu hướng giảm hứng thú, e ngại và / hoặc né tránh bữa ăn.

Để quản lý tốt các vấn đề liên quan đến rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não nhằm phòng tránh các biến chứng viêm phổi có liên quan đến kết cục xấu của người bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đột quy nhồi máu

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương

*Tác giả liên hệ: Dương Huy Hoàng

Email: hoangdh@tbmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/11/2025

Ngày phản biện: 10/4/2026

Ngày duyệt bài: 20/4/2026

não tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình". Mục tiêu: Mô tả tỉ lệ rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan tới rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não tại khoa Thần kinh Bệnh viện đa khoa Thái Bình năm 2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 145 người bệnh được chẩn đoán xác định đột quỵ nhồi máu não, nhập viện điều trị nội trú tại khoa Thần kinh Bệnh viện đa khoa Thái Bình trong thời gian nghiên cứu và đáp ứng các điều kiện tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả người bệnh được chẩn đoán là nhồi máu não.
- Người bệnh tỉnh (GCS > 10 điểm), hợp tác
- Hiểu ngôn ngữ giao tiếp, làm theo hướng dẫn
- Tình nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh suy hô hấp có chỉ định đặt ống NKQ/MKQ, đặt sonde dạ dày tại thời điểm sàng lọc.
- Người bệnh nhồi máu cơ tim, sa sút trí tuệ.
- Người bệnh mắc các bệnh khác gây khó nuốt.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 2/2025 đến tháng 8/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Tổng cộng 145 người bệnh chẩn đoán nhồi máu não được sàng lọc rối loạn nuốt bằng thang đo rối loạn nuốt GUSS do Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh thăm khám ngay sau khi người bệnh đảm bảo các chỉ số sinh tồn. Thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu đề ra

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Hồ sơ nghiên cứu.
- Các thang điểm thăm khám và đánh giá lâm sàng có liên quan bao gồm:
 - + Thang điểm đánh giá mức độ nhồi máu não NIHSS (NIH Stroke Scale) được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của nhồi máu não [2].

III. KẾT QUẢ

- + Thang điểm hôn mê Glasgow (Glasgow Coma Scale/GCS) đánh giá tình trạng ý thức của người bệnh.

- + Thang điểm đo rối loạn nuốt GUSS (Gugging Swallowing Screen) được sử dụng để đo mức độ nặng của rối loạn nuốt [4].

Các vật dụng kèm theo để hỗ trợ cho việc sàng lọc rối loạn nuốt bao gồm: chất làm đặc, nước lọc. Ngoài ra còn một số vật dụng khác như thìa 5ml, cốc chia vạch 10ml-50ml, đồng hồ bấm giây, đèn soi họng, đũa lược.

2.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, giới;
- Nơi cư trú, tình trạng hôn nhân;
- Học vấn, nghề nghiệp;
- Béo phì (tính theo chỉ số khối cơ thể - BMI ≥ 25);
- Các vị trí tổn thương não trên phim chụp CT scanner và MRI sọ não;
- Rối loạn giao tiếp, liệt mặt;
- Tiền sử đột quỵ;
- Bệnh nền (tăng huyết áp, đái tháo đường);
- Mức độ nhồi máu não (theo NIHSS);
- Mức độ rối loạn nuốt (theo GUSS).

Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 22.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y Dược Thái Bình duyệt theo Quyết định số 748/QĐ-YDTB ngày 15/04/2025, cũng như nhận được sự chấp thuận cho tiến hành nghiên cứu của khoa Thần kinh bệnh viện Đa khoa Thái Bình

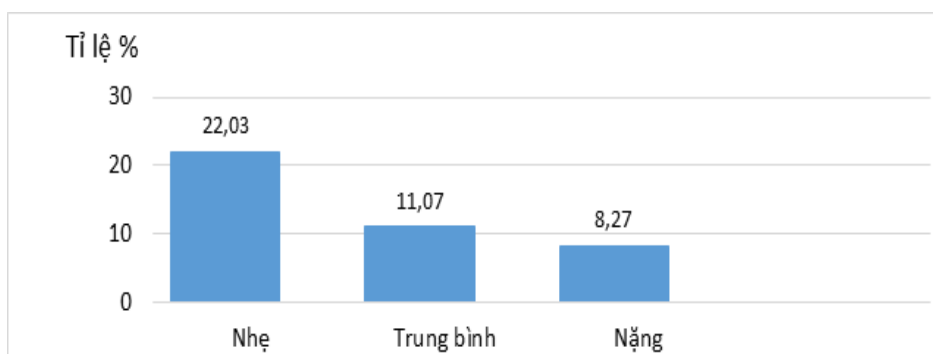
- Nghiên cứu được thực hiện với mục đích phục vụ cho khoa học, nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh.

- Nghiên cứu được tiến hành sau khi có sự chấp thuận của người bệnh và người nhà người bệnh. Thông tin thu thập trong nghiên cứu được bảo mật và đảm bảo quyền riêng tư cho người bệnh và gia đình.

Bảng 1. Tỉ lệ rối loạn nuốt của người bệnh đột quỵ (n = 145)

Biến số	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Có rối loạn nuốt	60	41,38
Không có rối loạn nuốt	85	58,62
Tổng	145	100

Nhận xét: người bệnh có rối loạn nuốt chiếm 41,38%, không có rối loạn nuốt chiếm 58,62% trong tổng số đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỉ lệ rối loạn nuốt theo GUSS

Nhận xét: người bệnh có rối loạn nuốt các mức độ theo thang điểm GUSS: mức độ nhẹ chiếm đa số 22,03%, mức độ trung bình, nặng và lần lượt là 11,07% và 8,27%.

Bảng 2. Nhóm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu (n = 145)

Biến số	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam/nữ là 1,46 lần	
Nam	86	59,31
Nữ	59	40,68
± SD (năm)	68,26 ± 12,47	
Nhóm tuổi (năm)		
≤ 60	26	17,93
61 – 69	38	26,21
≥ 70	81	55,86

Nhận xét: nam giới chiếm đa số 59,31%. Tuổi trung bình của người bệnh là 68,26 ± 12,47. Nhóm độ tuổi ≥ 70 chiếm tỉ lệ lớn nhất với 55,86%, nhóm ≤ 60 tuổi với 17,93%.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng theo BMI của đối tượng nghiên cứu (n = 145)

Chỉ số BMI	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Gầy (<18,5)	11	7,58
Bình thường (18,5 – 23)	59	40,69
Béo phì (>23)	75	51,73
Tổng	145	100

Nhận xét: nhóm béo phì chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 51,73, nhóm gầy chiếm tỉ lệ thấp nhất chiếm 7,58%

Bảng 4. Đặc điểm rối loạn nuốt của đối tượng nghiên cứu (n = 145)

Đặc điểm lâm sàng	n	Có RLN		Không RLN		p
		Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Ho	Có	14	14,89	80	85,11	0,001
	Không	51	90,19	5	9,80	
Sắc	Có	16	88,89	2	11,10	0,024
	Không	127	34,64	83	65,35	
Nước chảy ra miệng	Có	36	100	0	0	0,001
	Không	109	22,00	85	77,98	
Nuốt	Có	45	34,61	85	65,38	0,001
	Không	15	100	0	0	

Thay đổi giọng nói	Có	58	34	58,62	24	41,37	0,024
	Không	117	26	22,21	91	77,78	
Hít sặc	Có	16	14	87,50	2	12,50	0,024
	Không	129	45	34,88	84	65,12	
Đặt sonde dạ dày	Có	28	28	100	0	0	0,001
	Không	117	32	27,35	85	72,65	

Nhận xét: người bệnh có nguy cơ rối loạn nuốt thường có triệu chứng như chảy nước dãi chiếm 100%, sặc khi nuốt chiếm 88,89%, thay đổi giọng nói 58,62%, ho chiếm 14,89%

3.2. Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt

Bảng 5. Mối liên quan giữa rối loạn nuốt với giới tính và nhóm tuổi (n = 145)

Đặc điểm lâm sàng		n Số lượng	Có RLN (n = 60)		Không RLN (n = 85)		p
			Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	
Nhóm tuổi	< 60	26	11	42,31	15	57,69	0,267
	60 – 69	38	21	55,26	17	44,74	
	≥ 70	81	28	34,56	53	65,44	
Giới tính	Nam	86	36	41,86	50	58,14	0,875
	Nữ	59	24	40,68	35	59,32	
BMI	Thiếu cân	11	3	27,27	8	72,73	0,373
	Bình thường	59	29	49,15	30	50,85	
	Thừa cân	75	28	37,33	47	62,67	
Rối loạn giao tiếp	Có	62	39	62,90	23	37,10	0,025
	Không	83	21	25,30	62	74,68	
Liệt mặt	Có	107	46	42,99	61	57,01	0,032
	Không	38	14	36,84	24	63,16	
Tiền sử đột quỵ	Có	21	19	90,47	2	9,53	0,033
	Không	124	51	41,13	73	58,87	
Tăng huyết áp	Có	99	39	39,39	60	60,61	0,236
	Không	46	21	45,65	25	54,35	
Đái tháo đường	Có	36	14	38,88	22	61,12	0,352
	Không	109	46	42,20	63	57,79	
NIHSS	≤ 4	62	12	19,35	50	80,65	0,001
	5 -15	72	37	51,39	35	48,61	
	> 15	11	11	100	0	0	
Glassgow	< 14	46	44	95,65	2	4,35	0,001
	14 -15	99	16	16,16	82	82,84	

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nuốt với một số yếu tố: Rối loạn giao tiếp (p = 0,025); Liệt mặt (p < 0,032); Tiền sử đột quỵ (p = 0,033); Mức độ nặng của nhồi máu (p = 0,001); Vị trí tổn thương tại thân não (p = 0,001); Glasgow (p = 0,001)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ và đặc điểm rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não

Tỉ lệ rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 41,38% người bệnh bị rối loạn nuốt ở các mức độ khác nhau tính theo thang điểm GUSS. Rối loạn nuốt nhẹ chiếm đa số 22,07%. Rối loạn nuốt nặng là 11,04%, trung bình là 8,27% (biểu đồ 3.1), trong

số đó có 28 người bệnh cần nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày, những trường hợp còn lại được khuyến cáo ăn qua đường miệng, với chế độ ăn mềm, đặc và uống nước từng ngụm nhỏ để tránh hít sặc.

Tỉ lệ rối loạn nuốt trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Phạm Tiến Tuyên [5] khi lượng giá nuốt bằng thang điểm GUSS (41,1%). Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi lại thấp hơn của Mai Thành Nghiệm tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ ghi nhận 80,8% người bệnh đột quỵ có rối loạn nuốt [6].

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỉ lệ rối loạn nuốt cao ở người bệnh nhồi máu não. Điều này có thể giải thích được là do người bệnh đa phần là trên 60 tuổi, với điểm NIHSS trung bình là $8,14 \pm 3,58$, nhóm đột quỵ mức độ trung bình chiếm đa số 49,66%.

Đặc điểm rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não

Đặc điểm tuổi và giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình $69,26 \pm 12,47$, nam giới chiếm đa số 59,31% nữ giới 40,68, tỉ lệ Nam/nữ là 1,46 lần (bảng 3.2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của một số tác giả khác: Các nghiên cứu đều ghi nhận độ tuổi trung bình của người bệnh tương đồng nhau ở mức 65 - 69 tuổi. Điều này có thể là do tỉ lệ rối loạn nuốt có xu hướng gia tăng ở người bệnh lớn tuổi.

Tuổi của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu khác được báo cáo bởi Tirschwell và cộng sự năm 2012 [7] tại Đà Nẵng tuổi trung bình là 67, Mai Thành Nghiệm năm 2022 [8] với độ tuổi trung bình là 65,4 tuổi, Shrestha và cộng sự năm 2015 [9] ở Nepal tuổi trung bình là 65,6.

Dấu hiệu lâm sàng của người bệnh khi vào viện

Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh khi vào viện có rối loạn nuốt có biểu hiện gồm: chảy nước dãi chiếm 100%, sặc khi nuốt chiếm 88,89%, thay đổi giọng nói 58,62%, ho chiếm 14,89%, Trong đó thay đổi giọng nói là một trong những biểu hiện của hít sặc khi thức ăn đi qua thanh môn là nơi không khí đi ra để phát âm tạo tiếng nói, giảm phản xạ nôn làm người bệnh dễ nghẹn đặc sặc lỏng. Một số triệu chứng liệt kê trong nghiên cứu giúp cho người bệnh, người nhà người bệnh khi vào viện,

nhân viên y tế có thể biết được tình trạng rối loạn nuốt khi vào viện từ đó có giải pháp điều trị đúng

Hít sặc tỉ lệ chiếm 87,50% nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thế Dũng [10]. Hít sặc là 72,72%, người bệnh có triệu chứng hít sặc khi vào viện có rối loạn nuốt cao hơn so người bệnh khi vào viện không có triệu chứng hít sặc. Người bệnh có triệu chứng hít sặc có nguy cơ viêm phổi cao hơn và có vòng xoắn liên qua chặt chẽ giữa người bệnh có triệu chứng hít sặc, viêm phổi, rối loạn nuốt. Nghiên cứu về hậu quả của rối loạn nuốt đối với sức khỏe của người bệnh đột quỵ cấp tính, Arif Y (2019) khẳng định rằng, hít sặc do rối loạn nuốt là một trong những yếu tố nguy cơ gây hậu quả nghiêm trọng đe dọa tính mạng và có thể dẫn đến tử vong .

Đặt sonde trong nghiên cứu của chúng tôi có 28/60 người bệnh khi vào viện có rối loạn nuốt chiếm 46,67%, mục đích của đặt sonde dạ dày là chăm sóc dinh dưỡng thường quy đối người bệnh khi vào viện có rối loạn nuốt. Tuy nhiên người bệnh khi vào viện có rối loạn nuốt có đặt sonde dạ dày cũng tiềm ẩn nhiều nguy cơ như loét hầu họng, loét dạ dày, mất phản xạ nuốt tự nhiên làm tăng nguy cơ rối loạn nuốt ngoài ra nguy cơ viêm phổi cũng được nhiều tác giả đề cập

4.2. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng rối loạn nuốt

Mối liên quan giữa rối loạn nuốt với giới tính và nhóm tuổi

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ rối loạn nuốt giữa người bệnh nam và nữ trong nghiên cứu này. Kết quả này tương đương với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới như Arnold (2016) với tỉ lệ giới nam rối loạn nuốt là 66,1% (78/118) và không rối loạn nuốt là 63,7% (288/452) ($p = 0,63$),

Tỉ lệ người bệnh có rối loạn nuốt ở nhóm nhóm tuổi 60-69 là cao nhất, chiếm 55,26% tiếp đến là nhóm tuổi ≥ 70 tuổi và dưới 60 tuổi với các tỉ lệ lần lượt là 42,31% và 34,56%. Nhóm người bệnh trên 60 tuổi có nguy cơ rối loạn nuốt cao hơn so với người bệnh dưới 60 tuổi. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nuốt với nhóm tuổi ($p = 0,267$), điều này cũng đã được báo cáo trong nghiên cứu của Đinh Thị Hoa và Mạc Doanh Thịnh [7], cho thấy độ tuổi > 80 tuổi, 70 – 80 tuổi, 60 – 69 tuổi có nguy cơ bị RLN cao hơn nhóm < 60 tuổi lần lượt là 12,14 lần, 7,44 lần và 3,92 lần ($p < 0,05$).

Mối liên quan giữa rối loạn nuốt với tình trạng béo phì

Chưa tìm thấy mối giữa béo phì và rối loạn nuốt sau đột quy. Người bệnh được phân loại béo phì nếu BMI ≥ 25 đối với người châu Á. Có nhiều yếu tố nguy cơ của đột quy như tăng huyết áp động mạch, tăng cholesterol máu, đái tháo đường, bệnh tim, hút thuốc lá hoặc uống quá nhiều rượu, ô nhiễm không khí môi trường, chế độ ăn uống không lành mạnh dẫn đến thừa cân, béo phì. Tuy nhiên không có bằng chứng rõ ràng về tỉ lệ mắc hoặc tỉ lệ đột quy cao hơn ở những người được chẩn đoán béo phì với người có cân nặng bình thường.

Mối liên quan giữa rối loạn nuốt với một số triệu chứng lâm sàng của người bệnh

Nghiên cứu cho thấy sự khác biệt về tỉ lệ rối loạn nuốt giữa những người bệnh có tình trạng rối loạn giao tiếp và liệt mặt (các giá trị $p < 0,05$). Có mối liên quan giữa rối loạn nuốt với rối loạn giao tiếp ($p = 0,025$) và liệt mặt ($p < 0,032$). Tương tự với kết quả của chúng tôi, nghiên cứu của Nguyễn Thế Dũng và một số tác giả cũng cho kết quả có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng rối loạn nuốt với tình trạng nói khó, thất ngôn hay rối loạn giao tiếp [10]. Có thể rối loạn giao tiếp và liệt mặt là các yếu tố dự báo tình trạng rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não cấp tính. Nghiên cứu của Ramsey và cộng sự [11], cho rằng tỷ lệ rối loạn nuốt ở người bệnh đột quy cao hơn khi tổn thương bên bán cầu ưu thế và đã chứng minh bằng kích thích từ xuyên sọ. Thất ngôn, rối loạn giao tiếp thường xảy ra khi tổn thương bán cầu ưu thế

Mối liên quan giữa rối loạn nuốt với tiền sử đột quy và bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường

Qua nghiên cứu chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa ý thống kê giữa rối loạn nuốt với tiền sử đột quy ($p = 0,033$). Tuy nhiên vì cỡ mẫu nhỏ chúng tôi không phân tích hồi quy logistic đa biến để tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nuốt với tiền sử đột quy trước đó. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây cho thấy rằng tiền sử đột quy trước đó là một yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt. Nghiên cứu của Tirschwell người bệnh có tiền sử đột quy và có ảnh hưởng đến rối loạn nuốt trong việc đánh giá nuốt ban đầu, tác giả phân tích do đột quy được định nghĩa như một yếu tố dự báo của rối loạn nuốt sau đó [8].

Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa ý thống kê giữa rối loạn nuốt ở người bệnh đột quy với

bệnh nền: tăng huyết áp ($p = 0,236$) và đái tháo đường ($p = 0,352$).

Mối liên quan giữa rối loạn nuốt với mức độ nặng của nhồi máu não

Nghiên cứu cho thấy người bệnh nhồi máu não mức độ trung bình (NIHSS: 5-14 điểm) có nguy cơ rối loạn nuốt cao hơn với nhồi máu não mức độ nhẹ (NIHSS: 1-4 điểm) ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Tiến Tuyên [5] ghi nhận điểm NIHSS trung bình ở nhóm người bệnh có rối loạn nuốt là $9,6 \pm 6,7$ cao hơn so với nhóm không có rối loạn nuốt $4,6 \pm 5,1$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Thực tế cho thấy, người bệnh nhồi máu não có kèm theo rối loạn nuốt thường có điểm NIHSS cao hơn nhóm không có rối loạn nuốt, và tiên lượng thường xấu hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Shrestha và cộng sự tại Nepal [9], trong đó, tất cả người bệnh có điểm NIHSS trung bình là $14,2 \pm 8,0$ thì có tình trạng rối loạn nuốt nặng hơn nhiều so với những người bệnh có điểm NIHSS trung bình là $4,6 \pm 2,2$ ($p < 0,001$). Đồng thời, tất cả những trường hợp có điểm NIHSS từ 15 điểm trở lên đều không có tiên lượng tốt. Một nghiên cứu khác của Shrestha về đột quy tại Nepal đã khẳng định rằng khi NIHSS trung bình tăng 1 điểm thì tiên lượng xấu sẽ tăng 1,6 lần ($p = 0,001$) [9].

Mối liên quan giữa rối loạn nuốt với vị trí tổn thương trên não

Tỉ lệ tổn thương trên não ở vị trí tổn thương tại thân não là 86,8%. Tỉ lệ này ở nhóm có vị trí tổn thương tại bán cầu đại não là 68,7%. Tỉ lệ rối loạn nuốt ở nhóm người bệnh đột quy có vị trí tổn thương ở thân não có nguy cơ rối loạn nuốt chiếm đến 92,31% cao hơn nhiều so với nhóm có vị trí tổn thương ở bán cầu đại não có nguy cơ rối loạn nuốt chiếm 27,03%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nuốt với các trường hợp có tổn thương tại thân não ($p < 0,001$)

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu ở 145 người bệnh nhồi máu não điều trị tại khoa Thần kinh Bệnh viện Đa khoa Thái Bình đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, cho thấy:

Đặc điểm rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não

Tuổi trung bình của người bệnh là $68,26 \pm 12,47$, nam giới chiếm đa số (64,1%);

Có 41,38% người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt; trong đó: rối loạn nuốt nhẹ là 22,03%; rối loạn nuốt trung bình và nặng lần lượt là 11,07% và 8,27%

Có 47,0% người bệnh rối loạn nuốt có nguy cơ hít sặc.

Một số yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nuốt với một số yếu tố:

Rối loạn giao tiếp ($p = 0,025$); Liệt mặt ($p < 0,032$); Tiền sử đột quỵ ($p = 0,033$); Mức độ nặng của nhồi máu ($p = 0,001$); Vị trí tổn thương tại thân não ($p = 0,001$).

Không có mối liên quan giữa rối loạn nuốt với các yếu tố:

Nhóm tuổi ($p < 0,267$); Giới tính ($p = 0,875$); Béo phì ($p = 0,373$); tăng huyết áp ($p = 0,263$), đái tháo đường ($p = 0,352$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feng, M. C., Lin, Y. C., Chang, Y. H., Chen, C. H., Chiang, H. C., Huang, L. C. (2019). The Mortality and the Risk of Aspiration Pneumonia Related with Dysphagia in Stroke Patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 28(5), 1381-1387. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.02.011
2. Feske, S. K. (2021). Ischemic Stroke. *Am J Med*, 134(12), 1457-1464. doi:10.1016/j.amjmed.2021.07.027
3. Association, A. S.-L.-H. (2022). Adult Dysphagia Retrieved from <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia>
4. Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948-2952. doi:10.1161/strokeaha.107.483933
5. Phạm Tiến Tuyên, Tạ Văn Tuấn, Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Thị Thủy, Đỗ Thị Tuyết, Phạm Thu Thủy, & Nguyễn Văn Lưu. (2022). Rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não cấp. *Journal of 108-Clinical Medicine Phamarcy*
6. Mai Thành Nghiệm, Nguyễn Trung Kiên, & Ông Văn Mỹ. (2022). 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. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 517(2). doi:10.51298/vmj.v517i2.3234
7. Đinh Thị Hoa, & Mạc Doanh Thịnh. (2021). Khảo sát tình trạng rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ giai đoạn cấp cấp tại khoa Thần kinh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 502(1). doi:10.51298/vmj.v502i1.598
8. Tirschwell, D. L., Ton, T. G. N., Ly, K. A., Van Ngo, Q., Vo, T. T., Pham, C. H., . . . Fitzpatrick, A. L. (2012). A prospective cohort study of stroke characteristics, care, and mortality in a hospital stroke registry in Vietnam. *BMC Neurol*, 12(1), 150. doi:10.1186/1471-2377-12-150
9. Shrestha, S., Poudel, R. S., Khatiwada, D., & Thapa, L. (2015). Stroke subtype, age, and baseline NIHSS score predict ischemic stroke outcomes at 3 months: a preliminary study from Central Nepal. *J Multidiscip Healthc*, 8, 443-448. doi:10.2147/jmdh.S90554
10. Nguyễn Thế Dũng. (2009). Nghiên cứu đánh giá tình trạng rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não chưa đặt nội khí quản điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
11. Ramsey, D. J., Smithard, D. G., & Kalra, L. (2006). Can pulse oximetry or a bedside swallowing assessment be used to detect aspiration after stroke? *Stroke*, 37(12), 2984-2988. doi:10.1161/01.STR.0000248758.32627.3b