

Đánh giá kết quả phục hồi chức năng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2024

Assessment of rehabilitation outcomes for dysphagia in stroke patients at Thai Binh Provincial General Hospital in 2024

Nguyễn Ngọc Ánh*, Nguyễn Huy Quân,
Trần Thị Hiên và Trần Diệu Thu

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng rối loạn nuốt và xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả phục hồi chức năng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 93 người bệnh đột quỵ não được chẩn đoán rối loạn nuốt theo thang điểm MASA¹ (Mann Assessment of Swallowing Ability) điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Đối tượng nghiên cứu được can thiệp phục hồi chức năng rối loạn nuốt theo quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng, được theo dõi và đánh giá tại thời điểm trước điều trị và ngày thứ 4 sau can thiệp. **Kết quả:** Sau can thiệp phục hồi chức năng rối loạn nuốt, có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về tổng điểm MASA và hầu hết các mục lượng giá theo thang điểm MASA ($p < 0,05$). Tỷ lệ người bệnh phải sử dụng sonde dạ dày giảm từ 22,6% xuống 9,8%. Các yếu tố: Nhóm tuổi, giới tính, thời điểm can thiệp sau đột quỵ, mức độ rối loạn nuốt trước can thiệp ảnh hưởng mức độ cải thiện chức năng nuốt theo MASA sau 4 ngày can thiệp phục hồi chức năng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phục hồi chức năng rối loạn nuốt là phương pháp can thiệp điều trị rối loạn nuốt hiệu quả. Cần dựa vào nhiều yếu tố để tiên lượng kết quả phục hồi chức năng rối loạn nuốt, giúp người bệnh có các phương án điều trị rối loạn nuốt tiếp theo can thiệp phục hồi chức năng.

Từ khóa: Rối loạn nuốt, thang điểm MASA, phục hồi chức năng rối loạn nuốt.

Summary

Objective: To evaluate the outcomes of dysphagia rehabilitation and to identify several factors associated with rehabilitation outcomes in stroke patients at Thai Binh Provincial General Hospital in 2024. **Subject and method:** A prospective descriptive study was conducted on 93 stroke patients diagnosed with dysphagia based on the MASA (Mann Assessment of Swallowing Ability) scale. All patients received dysphagia rehabilitation interventions following the standardized protocols in rehabilitation medicine. Evaluations were performed at baseline (pre-treatment) and on the fourth day post-intervention. **Result:** After dysphagia rehabilitation, there was a statistically significant improvement in total MASA scores and in most subcomponents of the MASA scale ($p < 0.05$). The proportion of patients requiring nasogastric tube placement decreased from 22.6% to 9.8%. Pre-intervention factors including age group, gender, time of intervention after stroke, and severity of

Ngày nhận bài: 16/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 24/9/2025

* Tác giả liên hệ: nguyennngocanh30191@gmail.com- Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

dysphagia were significantly associated with the improvement in swallowing function, as assessed by the MASA, after 4 days of intervention ($p < 0.05$). *Conclusion:* Dysphagia rehabilitation is an effective therapeutic intervention for treating post-stroke dysphagia. Multiple factors should be considered when predicting rehabilitation outcomes, in order to guide further treatment planning for patients with dysphagia following rehabilitation.

Keywords: Dysphagia, MASA scale, dysphagia rehabilitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là căn bệnh đang ngày càng có xu hướng gia tăng và trẻ hoá. Một trong những vấn đề thường gặp nhất ở người bệnh đột quỵ não là rối loạn nuốt. Theo Banda, tỷ lệ rối loạn nuốt sau đột quỵ não gấp là 42% trong 42 nghiên cứu với 26366 đối tượng nghiên cứu².

Điều trị rối loạn nuốt được y văn nhắc đến với nhiều phương pháp khác nhau. Trong đó, phục hồi chức năng rối loạn nuốt tập trung vào phương pháp bù trừ và các can thiệp trực tiếp tác động đến cơ chế sinh lý của quá trình nuốt đã được chứng minh là có hiệu quả cao và an toàn cho người bệnh. Phục hồi chức năng sớm rối loạn nuốt cho người bệnh đột quỵ não ngay từ giai đoạn cấp tính làm giảm tỷ lệ viêm phổi hít, suy dinh dưỡng, mất nước, tử vong và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Tại Thái Bình, đây là lần đầu tiên thực hiện nghiên cứu để đánh giá kết quả phục hồi chức năng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình thông qua thang điểm đã được chuẩn hoá (MASA) và xác định các yếu tố liên quan giúp tiên lượng kết quả điều trị phục hồi chức năng rối loạn nuốt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 93 người bệnh đã được chẩn đoán xác định đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 9/2023 đến tháng 8/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có rối loạn nuốt (điểm MASA < 178). Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đang hôn mê, lơ mơ; người bệnh rối loạn nuốt trước khi bị đột

quỵ não; người bệnh tử vong trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Do hạn chế về nguồn lực và vấn đề y đức nên nghiên cứu không có nhóm chứng.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu trong nghiên cứu tính theo công thức:

$$n = 1,96^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

với $p = 38,4\%$ theo nghiên cứu của Đinh Thị Hoa³ và d được chọn là 0,1. Theo công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu $n \geq 91$.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Biến số và chỉ số nghiên cứu: Biến số độc lập: nhóm tuổi, giới tính, thời điểm can thiệp sau đột quỵ. Biến số phụ thuộc: mức độ rối loạn nuốt, mức độ hít sặc trước can thiệp và sau can thiệp 4 ngày. Chỉ số nghiên cứu: tỷ lệ %, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (mean $\pm$ SD), trung vị, p-value.

Quy trình tiến hành nghiên cứu: Người bệnh đạt tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được can thiệp phục hồi chức năng rối loạn nuốt theo quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng⁴ 30 phút/lần, 1 lần/ngày, trong 4 ngày điều trị liên tiếp do bác sĩ, kỹ thuật viên trong nhóm nghiên cứu thực hiện. Quy trình tập cụ thể gồm: vệ sinh răng miệng; vận động cổ vai, hàm, môi, miệng; tập Shaker; tập ăn uống bằng miệng. Người bệnh được theo dõi và đánh giá tại thời điểm trước can thiệp và ngày thứ 4 sau can thiệp bởi bác sĩ trong nhóm nghiên cứu đã được đào tạo bài bản bằng thang điểm MASA. Phân loại mức độ về nuốt khó và hít sặc theo điểm MASA:

Mức độ nặng	Rối loạn nuốt	Hít sặc
Không thấy bất thường	178 - 200	170 - 200
Nhẹ	168 - 177	149 - 169
Trung bình	139 - 167	141 - 148
Nặng	≤ 138	≤ 140

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỷ lệ %, so sánh tỷ lệ trước và sau can thiệp bằng McNemar. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng mean $\pm$ SD, so sánh trung bình trước và sau can thiệp bằng kiểm định paired-sample T-test. Mức p có ý nghĩa cho mọi trường hợp là $<0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích mục tiêu, nội dung nghiên cứu và ký cam kết đồng ý tham gia. Thông tin thu thập được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung và kết quả phục hồi chức năng rối loạn nuốt người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Bảng 1. Đặc điểm tỷ lệ mức độ rối loạn nuốt, mức độ hít sặc đánh giá theo thang điểm MASA trước can thiệp (n = 93)

	Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Rối loạn nuốt	Nặng	6	6,5
	Trung bình	26	28
	Nhẹ	61	65,5
Hít sặc	Nặng	6	6,5
	Trung bình	2	2,2
	Nhẹ + không hít sặc	85	91,3

Trước can thiệp phục hồi chức năng nuốt, mức độ rối loạn nuốt nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (65,5%), mức độ rối loạn nuốt nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,5%). Mức độ hít sặc nhẹ và không nguy cơ hít sặc chiếm tỷ lệ cao nhất (91,3%), mức độ hít sặc trung bình chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,2%).

Bảng 2. Đặc điểm tỷ lệ mức độ rối loạn nuốt, mức độ hít sặc đánh giá theo thang điểm MASA sau can thiệp 4 ngày (n = 93)

	Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Rối loạn nuốt	Nặng	4	4,3
	Trung bình	10	10,8
	Nhẹ + khỏi hoàn toàn	79	84,9

Mức độ		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Hít sặc	Nặng	4	4,3
	Trung bình	3	3,2
	Nhẹ + không hít sặc	86	92,5

Sau can thiệp phục hồi chức năng nuốt 4 ngày, mức độ rối loạn nuốt nhẹ + khỏi hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao nhất (84,9%), mức độ rối loạn nuốt nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,3%). Mức độ hít sặc nhẹ và không nguy cơ hít sặc chiếm tỷ lệ cao nhất (92,5%), mức độ hít sặc trung bình chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,2%).

Bảng 3. Sự thay đổi trung bình điểm MASA từng nhóm đối tượng trước và sau can thiệp 4 ngày (n = 93)

	Mức độ	Trước can thiệp (mean ± SD)	Sau can thiệp 4 ngày (mean ± SD)	p
Rối loạn nuốt	Nặng	115,7 ± 23,2	123,8 ± 30,5	0,16
	Trung bình	158,6 ± 6,0	173,8 ± 10,9	<0,001
	Nhẹ	173,6 ± 2,7	191,3 ± 8,6	<0,001
Hít sặc	Nặng	115,7 ± 23,2	123,8 ± 30,5	0,16
	Trung bình	145,0 ± 2,8	158,5 ± 10,6	0,246
	Nhẹ + không hít sặc	169,7 ± 7,1	186,7 ± 11,6	<0,001

Sau can thiệp, nhóm đối tượng có mức độ rối loạn nuốt nặng cải thiện điểm MASA không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$), mức độ rối loạn nuốt trung bình và nhẹ đều cải thiện có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p<0,001$). Nhóm đối tượng có mức độ hít sặc nặng, trung bình đều cải thiện điểm MASA nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$); mức độ hít sặc nhẹ và không có nguy cơ hít sặc cải thiện điểm MASA có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p<0,001$).

Bảng 4. Sự thay đổi tổng điểm MASA, một số đặc điểm lượng giá với thức ăn theo thang điểm MASA trước và sau can thiệp 4 ngày (n = 93)

Đặc điểm	Trước can thiệp (mean ± SD)	Sau can thiệp 4 ngày (mean ± SD)	p
Tổng điểm MASA	165,6 ± 16,2	182,1 ± 20,7	<0,001
Pha hầu	7,4 ± 1,7	8,5 ± 1,8	<0,001
Đáp ứng ở hầu	5,1 ± 1,4	7,5 ± 2,7	<0,001
Phản xạ ho	4,1 ± 1,2	4,6 ± 1,3	0,135

Sau can thiệp phục hồi chức năng nuốt 4 ngày, tổng điểm MASA, tình trạng pha hầu và đáp ứng ở hầu cải thiện có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p<0,001$). Tình trạng phản xạ ho có cải thiện nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 5. Sự thay đổi đặc điểm chức năng ăn uống đường miệng theo FOIS⁵ sau can thiệp 4 ngày (n = 93)

Đặc điểm	Trước can thiệp		Sau can thiệp 4 ngày		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Sử dụng sonde dạ dày (FOIS 1-3)	21	22,6	9	9,8	<0,001
Không sử dụng sonde dạ dày (FOIS 4-7)	72	77,4	84	90,2	
Điểm FOIS (mean ± SD)	3,7 ± 0,7		5,7 ± 1,6		<0,001

Tỷ lệ sử dụng sonde dạ dày giảm từ 22,6% xuống 9,8% sau can thiệp phục hồi chức năng nuốt 4 ngày, điểm FOIS trung bình trước và sau can thiệp cải thiện có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% (p<0,001).

3.2. Các yếu tố liên quan tới kết quả phục hồi chức năng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não

Bảng 6. Đặc điểm nhóm tuổi và giới của người bệnh liên quan đến mức độ cải thiện điểm MASA sau can thiệp 4 ngày

Yếu tố	Số lượng	Điểm MASA trước can thiệp (mean ± SD)	Điểm MASA sau can thiệp (mean ± SD)	p
Nhóm tuổi				
≤ 59	12	162,8 ± 28,1	184,8 ± 35,0	0,002
60-69	23	168,4 ± 9,8	188,0 ± 13,6	
70-79	36	168,6 ± 10,6	184,0 ± 12,6	
≥ 80	22	159,5 ± 19,4	171,2 ± 24,6	
Giới				
Nam	60	166,3 ± 14,1	184,5 ± 18,7	0,011
Nữ	33	164,5 ± 19,6	177,7 ± 23,6	

Yếu tố nhóm tuổi, giới liên quan đến mức độ cải thiện điểm MASA sau 4 ngày can thiệp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 7. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh đột quỵ não liên quan đến mức độ cải thiện điểm MASA sau can thiệp 4 ngày

Đặc điểm	Số lượng	Điểm MASA trước can thiệp (mean ± SD)	Điểm MASA sau can thiệp (mean ± SD)	p
Phân loại				
Nhồi máu não	73	165,2 ± 17,5	181,8 ± 22,1	0,770
Chảy máu não	20	167,2 ± 10,3	183,1 ± 14,7	
Bán cầu tổn thương				
Bán cầu não phải	27	163,4 ± 24,1	176,8 ± 30,0	0,081
Bán cầu não trái	42	167,5 ± 10,9	186,4 ± 13,6	
Cả hai bên	11	165,6 ± 14,8	180,2 ± 20,8	

Đặc điểm vị trí tổn thương				
Thân não	13	164,5 ± 11,8	170,1 ± 14,9	0,186
Vỏ não	17	162,9 ± 19,2	179,6 ± 25,3	
Dưới vỏ	53	166,0 ± 17,6	181,2 ± 21,6	
Cả vỏ não và dưới vỏ	7	169,6 ± 6,0	194,6 ± 8,5	
Dưới lều	13	164,5 ± 11,8	180,7 ± 14,8	
Vỏ não và dưới lều	1	174,0	194,0	
Dưới vỏ và dưới lều	2	169,0 ± 9,9	186,5 ± 9,2	

Đặc điểm loại đột quy, bán cầu tổn thương, đặc điểm vị trí tổn thương của đối tượng nghiên cứu liên quan đến mức độ cải thiện điểm MASA sau 4 ngày can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 8. Một số đặc điểm chức năng nuốt trước can thiệp liên quan đến mức độ cải thiện chức năng nuốt theo MASA sau can thiệp 4 ngày

Đặc điểm	Số lượng	Mức cải thiện MASA (mean ± SD)	p
Mức độ rối loạn nuốt trước can thiệp			
Nhẹ	61	17,75 ± 8,92	0,033
Trung bình	26	15,23 ± 7,85	
Nặng	6	8,17 ± 12,14	
Mức độ hít sặc trước can thiệp			
Không	55	17,78 ± 8,69	0,086
Nhẹ	30	15,80 ± 8,68	
Trung bình	2	13,50 ± 7,78	
Nặng	6	8,17 ± 12,14	

Mức độ rối loạn nuốt trước can thiệp liên quan đến mức độ cải thiện điểm MASA sau 4 ngày can thiệp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$). Mức độ hít sặc trước can thiệp liên quan đến mức độ điểm MASA sau 4 ngày can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 9. Đặc điểm thời điểm can thiệp sau đột quy liên quan đến mức độ cải thiện chức năng nuốt theo MASA sau can thiệp 4 ngày

Đặc điểm	Số lượng	Điểm MASA trước can thiệp (mean ± SD)	Điểm MASA sau can thiệp (mean ± SD)	p
Thời điểm can thiệp sau đột quy (ngày)				
< 8	69	169,0 ± 10,3	187,5 ± 13,7	<0,001
8 - 30	17	160,9 ± 19,8	171,9 ± 24,1	
> 30	7	144,3 ± 32,4	152,7 ± 35,7	

Yếu tố thời điểm can thiệp sau đột quỵ não liên quan đến mức độ điểm MASA sau 4 ngày can thiệp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 93 người bệnh đột quỵ não nhập khoa Thần kinh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, một bệnh viện cấp chuyên sâu, có rối loạn nuốt với điểm MASA < 178. Thang điểm MASA là thang điểm tin cậy khi lượng giá lâm sàng tình trạng rối loạn nuốt. Khi so sánh với lượng giá tình trạng rối loạn nuốt trên X-quang, thang điểm MASA cho độ nhạy 73%, độ đặc hiệu 89%; cung cấp độ tin cậy cho chứng khó nuốt ($\kappa = 0,85$) và hít sặc ($\kappa = 0,74$)⁶.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 4 ngày can thiệp phục hồi chức năng nuốt, tổng điểm MASA cải thiện có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p < 0,001$); tỷ lệ mức độ rối loạn nuốt, mức độ hít sặc nặng và trung bình đều giảm; tỷ lệ mức độ rối loạn nuốt, mức độ hít sặc nhẹ và khỏi hoàn toàn đều tăng.

Việc cải thiện mức độ hít sặc có ý nghĩa lớn vì làm giảm nguy cơ viêm phổi hít sặc. Viêm phổi hít sặc độc lập làm gia tăng nguy cơ tử vong và là một trong các nguyên nhân chính gây tử vong trong vài ngày hoặc vài tuần đầu tiên sau đột quỵ. Hít sặc khiến người bệnh và người nhà người bệnh sợ hãi trong việc cho người bệnh ăn uống, từ đó gây nên mất nước và suy dinh dưỡng. Tất cả gây nên tình trạng yếu, giảm chất lượng cuộc sống, tăng chi phí y tế, tăng tỷ lệ tử vong cho người bệnh rối loạn nuốt.

Ngoài ra, việc can thiệp phục hồi chức năng rối loạn nuốt hiệu quả giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh nhờ vào việc người bệnh ăn uống an toàn, hiệu quả bằng đường miệng và được rút sonde dạ dày sớm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau 4 ngày can thiệp, tỷ lệ đặt sonde dạ dày giảm từ 22,6% xuống còn 9,8%, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p < 0,001$).

Khi lượng giá với thức ăn, sau can thiệp 4 ngày, pha hầu và đáp ứng hầu, biểu hiện bằng sự di chuyển lên trên ra trước của thanh quản và ho trước/trong/sau khi nuốt, cải thiện có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p < 0,001$). Điều này mang ý nghĩa lớn do sự di chuyển của thanh quản là một phần của cơ chế bảo vệ đường thở còn ho trước/ trong/ sau khi nuốt được coi là một triệu chứng nguy hiểm vì đó là dấu hiệu của việc thâm nhập hoặc hít phải viên thức ăn/ nước uống.

Ho là một phản xạ tự nhiên của cơ thể giúp loại bỏ các chất kích ứng ra khỏi đường hô hấp. Người bệnh giảm hoặc mất phản xạ ho có nguy cơ cao bị hít sặc thẳm lặn gây khó khăn cho nhân viên y tế nhận biết nguy cơ rối loạn nuốt của người bệnh; khó khăn trong can thiệp và điều trị sớm rối loạn nuốt, phòng tránh các biến chứng. Do đó, dù chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) nhưng việc cải thiện phản xạ ho có ý nghĩa lớn vì làm giảm nguy cơ hít sặc.

Sự cải thiện kết quả điều trị ở các mục lượng giá cụ thể của thang điểm MASA giúp cải thiện tổng điểm MASA, từ đó cải thiện mức độ rối loạn nuốt và mức độ hít sặc. Kết quả trên tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Khoa⁷ năm 2022, nghiên cứu của Kamal năm 2021⁸ trong nhóm phục hồi chức năng sớm RLN với điểm MASA cải thiện có ý nghĩa thống kê với điểm trung bình từ 150,0 trước can thiệp tăng lên 176,5 sau can thiệp và các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới. Điều đó khẳng định vai trò và hiệu quả điều trị của phục hồi chức năng rối loạn nuốt.

Yếu tố nhóm tuổi ảnh hưởng đến mức độ cải thiện điểm MASA sau 4 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Hồng Thuý⁹ như sau: sau điều trị, 100% người bệnh có độ tuổi 40-50 không còn rối loạn nuốt, ở mức độ rối loạn nuốt trung bình chỉ còn nhóm người bệnh thuộc lứa tuổi >70 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài yếu tố người bệnh càng cao tuổi càng có nguy cơ bị nhiều bệnh nền nặng hơn, khả năng mềm dẻo của não bộ giảm, cản trở sự hồi

phục, thì còn do thay đổi về giải phẫu và sinh lý của đường tiêu hoá trên do quá trình lão hoá. Người già có thể bị mất một hoặc nhiều răng dẫn đến thay đổi về nhai; lưỡi giảm khối cơ; tuyến nước bọt teo, giảm tiết dịch dẫn đến khô miệng, nhiễm nấm; giảm khả năng nhận cảm giác quan và cảm giác nên giảm khẩu vị, mùi. Người già họng mũi và khoang miệng chậm đóng kín. Màng hầu nâng lên chậm và yếu; phản xạ chậm của họng, nắp thanh môn dẫn đến khả năng bảo vệ đường thở kém hơn. Đặc biệt sự phối hợp giữa thở và nuốt không còn nhịp nhàng nữa dẫn đến hiện tượng hít sặc thức ăn, nước. Người già cơ thắt trên thực quản mở chậm và đóng chậm, co bóp thực quản giảm làm thời gian thức ăn qua thực quản lâu, cơ tâm vị mở chậm và đóng chậm, nhu động thực quản nhiều lúc rối loạn, nguy cơ trào ngược thức ăn trở lại và vào đường thở rất lớn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,82. Nguyên nhân có thể được giải thích do nam có nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ như thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia, sinh hoạt không điều độ. Ngoài ra do tính chất xã hội, nam giới gặp nhiều áp lực hơn nữ giới trong khi khả năng chịu đựng của nữ giới lại thường cao hơn nam giới. Kết quả sau can thiệp cho thấy yếu tố giới tính ảnh hưởng tới mức độ cải thiện chức năng nuốt có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), nam cải thiện tốt hơn nữ giới. Nhiều nghiên cứu cho thấy trầm cảm gặp nhiều và trầm trọng ở nữ giới hơn ở nam giới sau đột quỵ não, đây chính là yếu tố ảnh hưởng nhiều đến khả năng hợp tác, động lực tập luyện cũng như khả năng thích nghi của người bệnh sau đột quỵ não. Thực tế, kết quả đánh giá mối liên quan giữa giới và mức độ cải thiện chức năng nuốt theo MASA ở các nghiên cứu chưa đồng nhất. Ví dụ, nghiên cứu của Nguyễn Thị Khoa⁷ không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ cải thiện chức năng nuốt theo MASA và giới. Nghiên cứu của Bùi Thị Hồng Thuý⁹ cho thấy nam giới cải thiện chức năng nuốt tốt hơn nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Loại đột quỵ, bán cầu tổn thương, đặc điểm vị trí tổn thương liên quan đến mức độ cải thiện điểm MASA sau 4 ngày can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Hồng Thuý⁹ và Nguyễn Thị Khoa⁷. Kim và cộng sự (2014) đã nghiên cứu mối quan hệ giữa rối loạn nuốt và vị trí tổn thương, kết quả cho thấy: nhồi máu tuần hoàn phía trước có liên quan đến rối loạn chức năng ở giai đoạn miệng trong khi nhồi máu tuần hoàn phía sau và các tổn thương chất trắng dẫn đến các biến chứng trong quá trình nuốt giai đoạn hầu. Ngoài ra, tỷ lệ xâm nhập và hít sặc tăng lên đáng kể ở người bệnh tổn thương vùng tuần hoàn sau. Tuy nhiên, cũng có ý kiến cho rằng tổn thương ở các vị trí cụ thể của vỏ não thường gặp hơn ở những người bệnh rối loạn nuốt hoặc có nguy cơ hít sặc¹⁰. Do đó đòi hỏi một nghiên cứu có quy mô kết hợp lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để có câu trả lời xác đáng cho mối liên quan này.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời điểm can thiệp sau đột quỵ liên quan tới mức độ cải thiện chức năng nuốt có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p < 0,001$). Thời điểm can thiệp sau đột quỵ càng sớm thì mức cải thiện điểm MASA càng tốt. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Bùi Thị Hồng Thuý⁹ và Nguyễn Thị Vân¹¹. Giai đoạn cấp là thời điểm vàng để tiến hành can thiệp phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não. Theo nghiên cứu của Langhorne, khả năng phục hồi tự phát sau tổn thương đột quỵ não cao nhất tại thời điểm 2 tuần sau đột quỵ, độ dốc giảm dần sau 1 tháng, và đường cong phục hồi tự phát gần như không thay đổi sau 3- 6 tháng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Mức độ rối loạn nuốt trước can thiệp liên quan tới mức độ cải thiện điểm MASA có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), mức độ hít sặc trước can thiệp liên quan tới mức độ cải thiện chức năng nuốt không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên mức độ hít sặc trước can thiệp càng nhẹ thì mức độ cải thiện điểm MASA có xu

hướng càng tốt. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Khoa⁷ lại cho thấy: Trước can thiệp rối loạn nuốt và hít sặc mức độ trung bình- nặng lại có xu hướng cải thiện điểm MASA tốt hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nguyên nhân có thể do đối tượng của 2 nghiên cứu khác nhau, cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 93, tỷ lệ người bệnh có mức độ rối loạn nuốt nhẹ là 65,6% và thời gian can thiệp là 4 ngày trong khi cỡ mẫu nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Khoa là 30, tỷ lệ người bệnh có mức độ rối loạn nuốt trung bình là 63,3% và thời gian can thiệp là 14 ngày; hai nghiên cứu chưa đại diện được cho quần thể. Tỷ lệ rối loạn nuốt trong 3 ngày đầu tiên của đột quỵ não khoảng 42-67%¹², may mắn thay, phần lớn những người bệnh này phục hồi chức năng nuốt trong vòng 7 ngày và chỉ còn 11-13%¹³ vẫn còn rối loạn nuốt sau 6 tháng. Nghiên cứu của chúng tôi can thiệp sớm rối loạn nuốt ngay từ giai đoạn đột quỵ não cấp cộng hưởng cùng quá trình hồi phục tự phát giúp sau 4 ngày can thiệp, 86,9% người bệnh rối loạn nuốt mức độ nhẹ và 38,4% mức độ trung bình khỏi hoàn toàn; 73,3% người bệnh hít sặc mức độ nhẹ khỏi hoàn toàn; không có tình trạng người bệnh có mức độ rối loạn nuốt và hít sặc nặng lên sau can thiệp.

Mặc dù thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu phù hợp để mô tả một nhóm đối tượng và sự thay đổi của họ theo thời gian nhưng chưa cho phép thiết lập mối quan hệ nhân quả một cách chắc chắn. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện khó đảm bảo tính ngẫu nhiên. Chính vì vậy, thực sự cần có nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, chọn mẫu ngẫu nhiên, có nhóm đối chứng, thời gian can thiệp và theo dõi dài hơn, kết hợp chẩn đoán hình ảnh để đảm bảo tính khách quan, mang độ tin cậy cao hơn.

Việc nhận biết các yếu tố liên quan đến khả năng hồi phục chức năng nuốt giúp nhân viên y tế giải thích, tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh về tình trạng, và các kế hoạch điều trị như tiếp tục phục hồi chức năng rối loạn nuốt, khả năng rút sonde dạ dày hay có nguy cơ phải

mở thông dạ dày qua da hoặc mở thông hồng tràng qua da,...

V. KẾT LUẬN

Phục hồi chức năng rối loạn nuốt là biện pháp can thiệp có hiệu quả cao cho người bệnh đột quỵ não có rối loạn nuốt. Việc chỉ định sàng lọc rối loạn nuốt cần thường quy và thực hiện can thiệp phục hồi chức năng rối loạn nuốt càng sớm càng tốt cho những trường hợp có chỉ định. Việc điều trị phục hồi chức năng nuốt có thể song hành cùng với việc cho người bệnh ăn qua sonde dạ dày hoặc ống thông dạ dày qua da. Người bệnh tuổi càng cao, thời điểm can thiệp rối loạn nuốt càng muộn, nữ giới, mức độ rối loạn nuốt càng nặng thì tiên lượng khả năng phục hồi chức năng nuốt càng kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carnaby-Mann G, Lenius K et al (2002) *Mann of Assessment and Management of Dysphagia Post Stroke*. Northeast Fla Med 58(2).
2. Banda KJ, Chu H, Kang XL et al (2022) *Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: a meta-analysis*. BMC Geriatr 22(1): 420. doi:10.1186/s12877-022-02960-5.
3. Đinh Thị Hoa, Mạc Doanh Thịnh (2021) *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 Học Việt Nam, 502(1).
4. Bộ Y tế (2019) *Hướng dẫn Quy trình Kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng*. Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
5. Crary MA, Mann GDC, Groher ME (2005) *Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients*. Arch Phys Med Rehabil 86(8): 1516-1520. doi:10.1016/j.apmr.2004.11.049.
6. Carnaby-Mann G (2007) *Update on assessment and management of dysphagia post stroke*. Northeast Fla Med 58(2): 31-34.

7. Nguyễn Thị Khoa (2022) *Kết quả phục hồi chức năng sớm rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não*. Hội nghị Khoa học Toàn quốc chuyên ngành đột quỵ và các bệnh thần kinh liên quan lần thứ IX- 2022. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 519 – Tháng 10 - Số Đặc Biệt.
8. Kamal LH, Abdou RM, Hamouda NH, Said SMA (2021) *The effect of early intervention of swallowing therapy on recovery from oropharyngeal dysphagia in stroke patients: a cross sectional study*. Senses Sci (Educ Sci Tech) 8 (3): 1367-1382.
9. Bùi Thị Hồng Thuý, Nguyễn Trọng Lưu, Dương Thị Kiều (2019) *Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não bằng phương pháp phục hồi chức năng kết hợp liệu pháp Biofeedback*. Tạp chí Học Việt Nam 482(1), tr. 255-258.
10. Hess F, Foerch C, Keil F, Seiler A, Lapa S (2021) *Association of Lesion Pattern and Dysphagia in Acute Intracerebral Hemorrhage*. Stroke 52(9): 2921-2929. doi:10.1161/STROKEAHA.120.032615.
11. Nguyễn Thị Vân, Phạm Văn Minh (2021) *Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não bằng các bài tập nuốt kết hợp chất làm đặc thức ăn*. Tạp chí Học Việt Nam 507(1), tr. 240-244.
12. Matsuo K, Palmer JB (2008) *Anatomy and physiology of feeding and swallowing: Normal and abnormal*. Phys Med Rehabil Clin N Am 19(4): 691-707, vii. doi:10.1016/j.pmr.2008.06.001.
13. González-Fernández M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB (2013) *Dysphagia after Stroke: an Overview*. Curr Phys Med Rehabil Rep 1(3): 187-196. doi:10.1007/s40141-013-0017-y.