

# Nghiên cứu mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh đột quy não cấp có rối loạn nuốt

## The relationship between nutritional status with some clinical and paraclinical characteristics in acute stroke patients with dysphagia

Nguyễn Thế Vinh\*, Trần Phương Nga\*,  
Nguyễn Công Thành\*, Nguyễn Mạnh Tuyên\*,  
Nguyễn Thị Hồng Thắm\*, Trần Thị Thanh Vân\*\*

\*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,  
\*\*Viện Y học cổ truyền Quân đội

### Tóm tắt

*Mục tiêu:* Mô tả mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đột quy não cấp có rối loạn nuốt. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả, cắt ngang gồm 76 bệnh nhân đột quy não cấp có rối loạn nuốt tại Khoa Đột quy Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020. *Kết quả và kết luận:* Tuổi trung bình là  $64,36 \pm 12,93$  tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ đa số (75%). Nhóm Bệnh nhân nhẹ cân (BMI < 18,5), cao tuổi (> 80 tuổi) có nguy cơ SDD lớn hơn so với các nhóm bệnh nhân khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,04$ . Không có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng tính theo các chỉ số SGA, BMI và các chỉ số cận lâm sàng (HGB, protein, albumin) ở các thể đột quy nhồi máu não. Các bệnh nhân có tình trạng rối loạn nuốt vừa và nặng có nguy cơ cao tiến triển suy dinh dưỡng mức độ nặng.

*Từ khóa:* Suy dinh dưỡng, rối loạn nuốt, đột quy não cấp.

### Summary

*Objective:* To describe the relationship between nutritional status with some clinical and subclinical characteristics in acute stroke patients with dysphagia. *Subject and method:* A descriptive, cross-sectional study of 76 acute stroke patients with swallowing disorder at the Stroke Center - 108 Military Central Hospital from December 2019 to December 2020. *Result and conclusion:* The mean age was  $64.36 \pm 12.93$  years old, 75% of male. The group of patients with low weight (BMI < 18.5), elderly (> 80 years old) have a greater risk of malnutrition than other groups, this difference has statistical significance with  $p=0.04$ . There was no difference in nutritional status according to SGA, BMI and subclinical indexes (HGB, Protein, Albumin) in stroke types. Patients with moderate to severe dysphagia are at increased risk of developing severe malnutrition.

*Keywords:* Malnutrition, dysphagia, swallowing disorder, acute stroke.

### 1. Đặt vấn đề

Trong giai đoạn cấp tính của đột quy, 30% đến 50% bệnh nhân bị rối loạn nuốt, trong khi tỷ lệ mắc bệnh giảm xuống khoảng 10% trong sáu tháng sau đó.

Ngày nhận bài: 30/9/2022, ngày chấp nhận đăng: 10/10/2022

Người phản hồi: Nguyễn Thế Vinh, Email: [ngthevinh192@gmail.com](mailto:ngthevinh192@gmail.com) - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Những bệnh nhân bị rối loạn nuốt không chỉ dễ bị mất nước và suy dinh dưỡng mà còn có nguy cơ cao bị viêm phổi hít. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng nguy cơ biến chứng viêm phổi hít tăng lên đến 12 lần ở bệnh nhân đột quỵ có nuốt khó. Tỷ lệ tử vong tăng lên đáng kể ở bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt so với các bệnh nhân đột quỵ có chức năng nuốt bình thường [1, 2, 3].

Chứng khó nuốt có thể là một dấu hiệu độc lập của hồi phục thần kinh kém sau đột quỵ. Một số nghiên cứu cho thấy bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt có thời gian nằm viện dài, tỷ lệ tử vong cao, hồi phục thần kinh kém, và nhiều bệnh nhân mắc chứng khó nuốt vẫn phải nhập viện sau 2 tuần [4, 5, 6, 7].

Do vậy, việc phát hiện sớm chứng khó nuốt ở bệnh nhân đột quỵ và quản lý dinh dưỡng phù hợp có tầm quan trọng hàng đầu về mặt lâm sàng. Tuy nhiên, những nghiên cứu đánh giá về tình trạng dinh dưỡng cũng như hiệu quả của can thiệp chăm sóc dinh dưỡng ở những bệnh nhân đột quỵ não cấp có rối loạn nuốt còn rất hạn chế và chưa được quan tâm đúng mức. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đột quỵ não cấp có rối loạn nuốt nhằm mục tiêu: *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, rối loạn nuốt và mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đột quỵ não cấp có rối loạn nuốt điều trị tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

76 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ não cấp theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 1989, có rối loạn nuốt được chăm sóc dinh dưỡng tại Khoa

Đột quỵ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020.

### 2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

### 2.3. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung (tuổi, giới...), tiền sử, thể đột quỵ não, mức độ rối loạn nuốt, chỉ số BMI, nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA.

Đánh giá đặc điểm rối loạn nuốt theo thang điểm Gugging Swallowing Screen (GUSS) tại thời điểm vào viện và ra viện, phân ra 4 nhóm: 0-9 điểm: Rối loạn nuốt nặng; 10-14 điểm: Rối loạn nuốt vừa; 15-19 điểm: Rối loạn nuốt nhẹ; 20 điểm: Không rối loạn nuốt.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số BMI (Body Mass Index: Chỉ số khối cơ thể).  $BMI = (\text{Cân nặng}) / (\text{Chiều cao})^2$ . Trong đó cân nặng tính theo kg, chiều cao tính theo mét. BMI bình thường từ 18,50-24,99. BMI < 18,50 là nhẹ cân; BMI = 25-29,99 là thừa cân; BMI > 30 là béo phì.

Đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) theo SGA ((Subjective Global Assessment) tại hai thời điểm: Khi vào viện và khi ra viện, và được phân thành 3 nhóm (SGA-A: Không có nguy cơ, SGA-B: Nguy cơ SDD vừa, SGA-C: Nguy cơ SDD nặng).

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng như nồng độ Huyết sắc tố (HBB); định lượng protein, albumin trong máu.

Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tuổi, với các thể đột quỵ, với các xét nghiệm cận lâm sàng và mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo SGA với tình trạng rối loạn nuốt tại thời điểm ra viện.

### 2.3. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 21.0.

## 3. Kết quả và bàn luận

**3.1. Đặc điểm chung****Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Giá trị		
		Vào viện n, (%)	Ra viện n, (%)
Tuổi, $\bar{X} \pm SD$	64,36 $\pm$ 12,93		
Nam giới, n (%)	55 (75%)		
Nhồi máu não, n (%)	45 (59,2)		
Tăng huyết áp, n (%)	48 (63,2)		
Đái tháo đường, n (%)	12 (15,8)		
Rối loạn nuốt theo GUSS	Nhẹ	20 (26,3)	43 (56,6)
	Vừa	42 (55,3)	15 (19,7)
	Nặng	14 (18,4)	18 (23,7)
Tình trạng dinh dưỡng theo BMI	< 18,5	5 (6,6)	6 (7,9)
	18,5-24,99	55 (72,4)	60 (78,9)
	25-29,99	16 (21,1)	10 (13,2)
	$\geq 30$	0 (0)	0 (0)
Nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA	A	17 (22,4)	32 (42,1)
	B	48 (63,1)	33 (43,4)
	C	11 (14,5)	11 (14,5)

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Tuổi trung bình là 64,36  $\pm$  12,93 tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ đa số (75%), thể đột quy chủ yếu là nhồi máu não (59,2%), yếu tố nguy cơ đột quy hay gặp nhất là tăng huyết áp (63,2%) và đái tháo đường 915,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với đặc điểm chung của bệnh lý đột quy não đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu cho thấy: Nhồi máu não là thể bệnh hay gặp hơn so với xuất huyết não, tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ, độ tuổi gặp chủ yếu từ trung niên đến cao tuổi. Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh lý thường gặp nhất và là một trong những nguyên nhân thường gặp dẫn đến đột quy não.

Tất cả các bệnh nhân đều có rối loạn nuốt khi vào viện, chủ yếu mức độ vừa (55,3%). Số lượng bệnh nhân rối loạn nuốt mức độ nhẹ và nặng tăng khi ra viện, điều này được giải thích là do diễn biến

của tình trạng bệnh tiến triển trong quá trình bệnh nhân nằm viện, mức độ nghiêm trọng của đột quy não tương ứng với rối loạn nuốt tăng lên, số lượng bệnh nhân có rối loạn nuốt nặng khi ra viện bao gồm số bệnh nhân có rối loạn nuốt nặng khi vào viện và số bệnh nhân có tiến triển từ mức độ nhẹ khi vào viện.

Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số BMI < 25 (nhẹ cân và bình thường) đều tăng so với lúc vào viện. Trong khi tỷ lệ bệnh nhân thừa cân (BMI = 25-29,99) khi ra viện giảm hơn so với lúc nhập viện.

Không có bệnh nhân SDD mức độ nặng ở cả thời điểm nhập viện và ra viện. Có 22,4% bệnh nhân không có nguy cơ SDD khi nhập viện, nhưng khi ra viện tỷ lệ này tăng lên đến 42,1%. Ngược lại, nguy cơ SDD mức độ trung bình giảm xuống 43,4% lúc ra viện so với tỷ lệ 63,1% lúc nhập viện.

**3.2. Mối liên quan về tình trạng dinh dưỡng với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

**Bảng 2. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với độ tuổi**

Tình trạng dinh dưỡng		Tuổi	<40 n, (%)	40-59 n, (%)	60-79 n, (%)	≥80 n, (%)	p
SGA	A		2	9	19	2	0,68
	B		2	9	16	6	
	C		1	1	7	2	
BMI	< 18,5		0 (0,0)	1 (5,3)	2 (4,8)	3 (30)	0,04
	≥ 18,5		5 (100)	18 (94,7)	40 (95,2)	7 (70)	
HGB	< 90		1 (20)	2 (10,5)	1 (2,4)	0 (0)	0,21
	≥ 90		4 (80)	17 (89,6)	41 (97,6)	10 (100)	
Albumin	< 35		2 (40)	7 (36,8)	21 (50)	5 (50)	0,78
	≥ 35		3 (60)	12 (63,)	21 (50%)	5 (50)	
Protein	< 60		0 (0)	4 (21,1)	9 (21,4)	2 (20)	0,72
	≥ 60		5(100)	15 (78,6)	33 (78,6)	8 (80)	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng SDD ở các bệnh nhân đột quỵ não có rối loạn nuốt ở các nhóm tuổi khi đánh giá theo SGA, HGB, Albumin, Protein với  $p>0,05$ . Có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa nhiều, do vậy chưa thể đánh giá sự khác biệt giữa các phân nhóm thể bệnh về dinh dưỡng. Tuy nhiên, khi đánh giá theo chỉ số BMI, các bệnh nhân nhẹ cân, cao tuổi (> 80 tuổi) có nguy cơ SDD lớn hơn so với các bệnh nhân có BMI  $\geq 18,5$  và tuổi < 80, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,04$ . Điều này có thể được giải thích là đa số các bệnh nhân tuổi > 80 thường có thể trạng ban đầu yếu, khả năng hấp thu dinh dưỡng kém, có nhiều bệnh lý kết hợp. Bệnh nặng, nằm lâu có nhiều biến chứng như viêm phổi, loét điểm tỳ, nhiễm

khẩn huyết, thở máy dài ngày khiến cho nguy cơ SDD ngày càng thêm trầm trọng. Tuy vậy, kết luận này cần được khẳng định thêm ở các nghiên cứu khác với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với thể đột quỵ theo BMI, SGA và dựa trên các chỉ số cận lâm sàng chúng tôi thấy rằng: Suy dinh dưỡng ở các bệnh nhân chảy máu não nặng nề hơn các bệnh nhân nhồi máu não (với tỷ lệ SGA-B, SGA-C của bệnh nhân chảy máu não và nhồi máu não tương ứng là 80,65% và 75,55%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ . Có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa nhiều, do vậy chưa thể đánh giá sự khác biệt giữa các phân nhóm thể bệnh về dinh dưỡng.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với thể đột quỵ**

Tình trạng dinh dưỡng		Thể đột quỵ	Chảy máu não n (%)	Nhồi máu não n (%)	p
SGA	A		6	11	>0,05
	B		17	30	
	C		8	4	
BMI	< 18,5		3 (9,7%)	3 (6,7%)	>0,05
HGB	< 90		3 (9,7%)	1 (2,2%)	>0,05
Albumin	< 35		15 (48,4%)	20 (44,4%)	>0,05
Protein	< 60		7 (22,6%)	8 (17,8%)	>0,05

Kết quả nghiên cứu của Finestone HM trên bệnh nhân đột quỵ não cũng thấy rằng suy dinh dưỡng không liên quan đến giới tính, vị trí, loại đột quỵ (xuất huyết so với nhồi máu), tình trạng kinh tế xã hội hoặc trình độ học vấn. Tuy nhiên bệnh nhân đột quỵ ở bán cầu trái nhiều khả năng bị suy dinh dưỡng khi tái khám hơn so với đột quỵ ở bán cầu

phải (32% và 6%,  $p=0,061$ ). Tổn thương thân não có liên quan đến tỷ lệ cao khó nuốt hơn khi theo dõi so sánh với các tổn thương bán cầu phải, trái và hai bên. Tuy nhiên, tổn thương thân não không liên quan đến tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn ở bất kỳ thời điểm nào trong khi phục hồi chức năng hoặc trong thời gian theo dõi [8].

**Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo SGA với tình trạng rối loạn nuốt thời điểm ra viện**

		RLN theo GUSS			p
		Nhẹ (n (%))	Vừa (n (%))	Nặng (n (%))	
SGA	A	30 (69,8)	2 (13,3)	0 (0)	0,01
	B	13 (30,2)	13 (86,7)	7 (38,9)	
	C	0 (0)	0 (0)	11 (61,1)	

Nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ vừa và nặng tăng dần theo tình trạng xấu của rối loạn nuốt. Thời điểm ra viện nguy cơ suy dinh dưỡng nặng chiếm tỷ lệ cao nhất ở bệnh nhân rối loạn nuốt nặng với tỷ lệ 61,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn nuốt mức độ vừa vẫn có nguy cơ suy dinh dưỡng tại thời điểm ra viện là 86,7%. Sự khác biệt về suy dinh dưỡng giữa các nhóm rối loạn nuốt có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với  $p<0,05$ .

Nhiều nghiên cứu đã xem xét mối quan hệ giữa suy dinh dưỡng và khó nuốt trong đột quỵ cấp tính, hai vấn đề này cùng tồn tại và có liên quan được cho là dẫn tới kết quả tồi tệ sau đột quỵ [3], [8]. Nghiên cứu của [Fereshteh Aliasghari](#) và cộng sự năm 2019 cũng nhận thấy mối liên quan giữa tình trạng rối loạn nuốt cao hơn đáng kể ở các bệnh nhân đột quỵ não có suy dinh dưỡng [9]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nét tương đồng với các nghiên cứu trước đây, tất cả đều cho rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng rối loạn nuốt và mức độ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân đột quỵ não cấp.

#### 4. Kết luận

Qua nghiên cứu 76 người bệnh đột quỵ não có rối loạn nuốt tại khoa Đột quỵ não, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chúng tôi nhận thấy:

Tuổi trung bình là  $64,36 \pm 12,93$  tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ đa số (75%), thể đột quỵ chủ yếu là nhồi máu não (59,2%), yếu tố nguy cơ đột quỵ hay gặp nhất là tăng huyết áp (63,2%) và đái tháo đường (15,8%).

Mức độ rối loạn nuốt chủ yếu khi nhập viện là mức độ vừa (55,3%) và khi ra viện là mức độ nhẹ (56,6%).

Có 22,4% bệnh nhân không có nguy cơ SDD khi nhập viện, nhưng khi ra viện tỷ lệ này tăng lên đến 42,1%. Ngược lại, nguy cơ SDD mức độ trung bình giảm xuống 43,4% lúc ra viện so với tỷ lệ 63,1% lúc nhập viện.

Bệnh nhân nhẹ cân ( $BMI < 18,5$ ), cao tuổi ( $> 80$  tuổi) có nguy cơ SDD lớn hơn so với các bệnh nhân có  $BMI \geq 18,5$  và tuổi  $< 80$ , sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,04$ .

Không có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng tính theo các chỉ số SGA, BMI và các chỉ số cận lâm sàng (HGB, protein, albumin) ở các thể đột quỵ nhồi máu não và chảy máu não.

Các bệnh nhân có tình trạng rối loạn nuốt vừa và nặng có nguy cơ cao tiến triển suy dinh dưỡng mức độ nặng.

#### Tài liệu tham khảo

1. Wang Y, Lim LLY, Heller RF, Fisher J, Levi C (2003) *A prediction model of 1-year mortality for acute*

- 
- ischemic stroke patients*. Arch Phys Med Rehabil 84: 1006-1011.
2. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R (2005) *Dysphagia after stroke - incidence, diagnosis, and pulmonary complications*. Stroke 36: 2756-2763.
  3. Gordon C, Langton-Hewer R, Wade DT (1987) *Dysphagia in acute stroke*. Br Med J 295: 411-414.
  4. Barer DH, *The natural history and functional consequences of dysphagia after hemisphere stroke*. J Neurol Neurosurg Psychiatry.
  5. Axelsson K, Asplund K, Norberg A, Eriksson S (1989) *Eating problems and nutritional status during hospital stay of patients with severe stroke*. J Am Diet Assoc 89: 1092-1096.
  6. Wade DT, Langton-Hewer R (1987) *Motor loss and swallowing difficulty after stroke: Frequency, recovery, and prognosis*. Acta Neurol Scand 76: 50-54.
  7. Finestone H M, Greene-Finestone LS, Wilson E S, Teasell R W (1995) *Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow-up: prevalence and predictors*. Arch Phys Med Rehabil 76(4): 310-316.
  8. Smithard D G, O'Neill P A, Parks C, Morris J (1996) *Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter?* Stroke 27(7): 1200-1204.
  9. Aliasghari F, Izadi A, Khalili M, Farhoudi M et al (2019) *Impact of premorbid malnutrition and dysphagia on ischemic stroke outcome in elderly patients: A community-based study*. J Am Coll Nutr 38(4): 318-326.