

Rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não cấp

Dysphagia in patients with acute ischemic stroke

Phạm Tiến Tuyên, Tạ Văn Tuấn,
Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Thị Thủy,
Đỗ Thị Tuyết, Phạm Thu Thủy, Nguyễn Văn Lưu

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Bệnh nhân nhồi máu não cấp có rối loạn nuốt làm tăng nguy cơ viêm phổi, có liên quan tới kết cục xấu của bệnh nhân. Các nghiên cứu nhận định rối loạn nuốt ảnh hưởng tới 2/3 bệnh nhân đột quỵ tùy thuộc vào loại đột quỵ, vị trí, kích thước và mức độ nghiêm trọng trên lâm sàng. Phát hiện sớm rối loạn nuốt trong đột quỵ não cấp, can thiệp kịp thời giúp bệnh nhân hạn chế các biến chứng và giảm tình trạng thiếu dinh dưỡng. *Mục tiêu:* Xác định tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp tại Khoa Đột quỵ não, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp. *Đối tượng và phương pháp:* Gồm 107 bệnh nhân nhồi máu não cấp nhập viện trong 72 giờ đầu, được sàng lọc rối loạn nuốt bằng phương pháp GUSS tại Khoa Đột quỵ não, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 2/2019 đến tháng 10/2019. *Kết quả:* Tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não là 41,1%. Có 43,1% bệnh nhân có rối loạn nuốt phải đặt sonde ăn, 9,0% bệnh nhân rối loạn nuốt bị viêm phổi trong thời gian nằm viện. Điểm Glasgow, điểm NIHSS khi vào viện có liên quan tới tình trạng rối loạn nuốt. *Kết luận:* Tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não cấp chiếm 41,1%. Tình trạng rối loạn ý thức và thiếu hụt thần kinh (đánh giá theo thang điểm NIHSS), vị trí tổn thương tại thân não có liên quan tới tình trạng rối loạn nuốt.

Từ khóa: Đột quỵ nhồi máu não cấp, rối loạn nuốt.

Summary

Dysphagia is a common neurological symptom of stroke and portends a higher risk of complication after stroke, particularly pneumonia, aspiration. Studies have shown that dysphagia affects up to two-thirds of patients with stroke, depending on the stroke's type, size, site and severity. Dysphagia in patients with stroke has been associated with higher risk of pneumonia, mortality and disability. Detect early swallowing difficulties in patients with acute ischemic to prevent, impairment of complication, function of swallowing, impairment of humeral and neural systems. *Objective:* To identify the incidence of the dysphagia in patients with acute ischemic stroke admitted at the Stroke Centre of the 108 Military Central Hospital, and investigate the association of the risk of developing dysphagia following acute ischemic stroke. *Subject and method:* The subjects were 107 patients with acute ischemic admitted within 72 hours after the beginning of symptoms, was dysphagia screening by GUSS (the Gugging Swallowing Screening) at the Stroke Centre of the 108 Military Central Hospital from 2/2019 to 10/2019. *Result:* Dysphagia was present in 41.1% of the patients. 43.1% of the patients with dysphagia requiring tube feeding, In-hospital pneumonia occurred in 9.0% patients with dysphagia. *Conclusion:* The rate of dysphasia in patient with acute ischemic was 41.1%. Lower Glasgow score, higher NIHSS score, brain stem ischemic was associated with the presence of dysphagia.

Keywords: Acute ischemic stroke, dysphasia.

Ngày nhận bài: 12/5/2021, *ngày chấp nhận đăng:* 28/7/2022

Người phản hồi: Tạ Văn Tuấn, Email: tatuan108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Rối loạn nuốt là một trong những vấn đề thường gặp nhất và xảy ra sớm nhất sau đột quỵ (ĐQ) não. Tùy theo phương pháp đánh giá và định nghĩa, rối loạn nuốt có thể gặp ở 30% - 67% bệnh nhân đột quỵ não. Rối loạn nuốt có thể gây hít sặc và viêm phổi hít, tỷ lệ này chiếm 20% đến 25% các bệnh nhân đột quỵ não [5]. Bên cạnh đó, các hậu quả khác của rối loạn nuốt là tình trạng suy dinh dưỡng, mất nước... đều kéo dài thời gian nằm viện và tiên lượng xa xấu. Do đó, việc phát hiện sớm rối loạn nuốt để đưa ra các khuyến cáo dinh dưỡng phù hợp là rất cần thiết nhằm tránh các biến chứng trên. Tuy nhiên, ở các cơ sở y tế hiện nay, nhân viên y tế thường chỉ chú trọng các triệu chứng liệt, thất ngôn của bệnh nhân mà chưa có sự quan tâm đúng mức tới rối loạn nuốt, từ đó dẫn đến nhiều hậu quả, di chứng đáng tiếc cho bệnh nhân. Từ thực tiễn đó nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài: "Đánh giá tình trạng rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quỵ não cấp" với hai mục tiêu: *Đánh giá tình trạng rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não cấp. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não cấp.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

107 bệnh nhân ĐQ nhồi máu não cấp nhập viện trong 72 giờ đầu được điều trị nội trú tại Khoa Đột quỵ não, Bệnh viện TWQĐ 108 thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và không phạm các tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu.

3. Kết quả

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Các bệnh nhân ĐQ nhồi máu não cấp được chẩn đoán xác định chuẩn lâm sàng của Tổ chức Y tế thế giới và hình ảnh học (CT scan và/hoặc MRI sọ não).

Không có viêm phổi từ trước.

Nội trú trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân rối loạn ý thức nặng.

Bệnh nhân đột quỵ não đang thở máy.

Bệnh nhân rối loạn nuốt do các nguyên nhân khác.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, so sánh hai thời điểm nhập viện (T1) và ra viện (T2).

Bệnh nhân được thu nhận vào nghiên cứu đánh giá rối loạn nuốt theo GUSS ở thời điểm nhập viện (T1), (T2).

GUSS = 20 điểm: Không có rối loạn nuốt.

GUSS < 20 điểm: Có rối loạn nuốt.

Đánh giá điểm NIHSS khi vào viện, điểm Glasgow khi vào viện, tình trạng đặt sonde ăn, tình trạng viêm phổi, thời gian nằm viện, tình trạng khi ra viện.

Đánh giá tổn thương nhồi máu não trên CLVT sọ não thành 2 nhóm: Tổn thương tại thân não và không có tổn thương tại thân não.

2.3. Xử lý số liệu

Bằng phần mềm SPSS 18.0.

Bảng 1. Đặc điểm chung

	Không có RLN (n = 63)	Có RLN (n = 44)	p
Chung (n = 107)	63 (58,9)	44 (41,1)	
Tuổi (TB ± ĐLC)	64,2 ± 12,2	65,8 ± 15,2	0,65
Giới nam (n, %)	38 (60,3%)	29 (65,9)	0,62
NIHSS vào viện (TB ± ĐLC)	4,6 ± 5,1	9,6 ± 6,7	0,001
Glasgow vào viện (TB ± ĐLC)	14,4 ± 0,72	13,1 ± 0,19	0,04
Tổn thương trên CLVT			
Có tổn thương tại thân não	46 (73,0)	30 (68,1)	0,04

Không có tổn thương tại thân não	17 (27,0)	14 (31,9)
----------------------------------	-----------	-----------

Nhận xét: Có 44/107 chiếm 41,1% bệnh nhân nhồi máu não có rối loạn nuốt khi vào viện, được đánh giá trong vòng 24 giờ. Tuổi trung bình của nhóm rối loạn nuốt ($65,8 \pm 15$) và nhóm không có rối loạn nuốt ($64,2 \pm 12,2$) không có sự khác biệt.

Bệnh nhân nhồi máu não có rối loạn nuốt có tình trạng ý thức khi vào viện xấu hơn (điểm Glasgow khi vào viện $13,1 \pm 0,19$ so với $14,4 \pm 0,72$, $p < 0,05$) và tình trạng suy giảm chức năng (đánh giá bằng thang điểm

NIHSS) nặng hơn khi so sánh với nhóm bệnh nhân không có rối loạn nuốt (NIHSS khi vào $9,6 \pm 6,7$ so với $4,6 \pm 5,1$; $p < 0,01$).

Có sự khác biệt về tình trạng rối loạn nuốt phân bố theo vị trí tổn thương trên CLVT sọ não, có 68,1% bệnh nhân rối loạn nuốt có tổn thương tại thân não, 31,9% bệnh nhân rối loạn nuốt không có tổn thương thân não.

Bảng 2. Liên quan giữa rối loạn nuốt và một số yếu tố

	Không có RLN (n = 63)	RLN (n = 44)	p
Đặt sonde ăn (n, %)	2 (3,2)	19 (43,1)	0,01
Viêm phổi (n, %)	1 (1,5)	4 (9,0)	0,09
mRS ≤ 2 điểm khi ra viện (n, %)	55 (87,3)	27 (61,3)	0,04
Thời gian nằm viện (ngày) (TB \pm SD)	10,25 \pm 3,53	10,92 \pm 4,42	0,07

Nhận xét: Có 43,1% bệnh nhân có rối loạn nuốt phải đặt sonde ăn. Trong số bệnh nhân được đánh giá rối loạn nuốt tại thời điểm vào viện có 56,8% bệnh nhân còn rối loạn nuốt tại thời điểm ra viện. Có 9,0% bệnh nhân rối loạn nuốt bị viêm phổi trong thời gian nằm viện. Không có sự khác biệt giữa tình trạng viêm phổi ở nhóm bệnh nhân có rối loạn nuốt và không có rối loạn nuốt. Bệnh nhân không có rối loạn nuốt tại thời điểm ra viện có 87,3% hồi phục với mRS ≤ 2 điểm, cao hơn ở nhóm có rối loạn nuốt (61,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. Bàn luận

4.1. Tình trạng rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não cấp

Bệnh nhân nhồi máu não cấp khi vào viện được đánh giá bằng phương pháp GUSS tại giường bệnh, nhận định có 41,1% bệnh nhân có rối loạn nuốt. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu có phương pháp đánh giá rối loạn nuốt dựa vào sàng học lâm sàng trước đây. Hamidon BB và cộng sự (2006) nghiên cứu 134 bệnh nhân nhồi máu não, nhận định có 55 bệnh nhân (41,0%) có rối loạn nuốt [1]. Ickenstein GW và cộng sự (2005), tỷ lệ rối loạn nuốt ở

bệnh nhân đột quy não cấp 21/50 (42,0%) [2]. Gần đây nhất, năm 2019 tác giả Abdurrahman Sönmezler nghiên cứu trên 54 bệnh nhân nhồi máu não cấp có 26/54 (chiếm 48,1%) rối loạn nuốt. Al-Khaled M và cộng sự (2016), tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não cấp là 41,8% [6].

Trong số bệnh nhân nhồi máu não cấp có rối loạn nuốt, có 41,3% cần dinh dưỡng qua sonde ăn.

Trong nghiên cứu này, áp dụng phương pháp GUSS xác định tỷ lệ rối loạn nuốt thông qua đánh giá lâm sàng. Chính vì vậy, bệnh nhân có rối loạn ý thức nặng, tổn thương thần kinh nặng có kèm rối loạn nuốt không được tính đến.

Tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não cấp còn cao, do đó việc tầm soát, đánh giá, chẩn đoán sớm tình trạng rối loạn nuốt ở các đơn vị đột quy cần thực hiện thường xuyên, đầy đủ vì chiến lược này đã được chứng minh có hiệu quả, làm giảm tỷ lệ viêm phổi ở bệnh nhân đột quy não cấp.

4.2. Một số yếu tố liên quan tới rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não cấp

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của nhóm rối loạn nuốt ($65,8 \pm 15$) cao hơn nhóm không

có rối loạn nuốt ($64,2 \pm 12,2$), không có sự khác biệt tuổi giữa 2 nhóm. Kết quả này cũng tương tự tác giả Okubo (2012). Một số tác giả khác nhận định tuổi cao là yếu tố dự báo rối loạn nuốt. Nguy cơ viêm phổi hít tăng theo tuổi.

Thang điểm Glasgow: Là thang điểm đánh giá mức độ ý thức của bệnh nhân. Điểm Glasgow thấp ảnh hưởng đến chức năng nuốt, đây là kết cục tự nhiên của sự suy giảm ý thức. Ở nhóm nhồi máu não cấp có rối loạn nuốt điểm Glasgow trung bình khi vào viện $13,1 \pm 0,19$ thấp hơn so với nhóm không có rối loạn nuốt là $14,4 \pm 0,72$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đột quỵ não cấp thường kèm theo rối loạn nuốt, sự suy giảm ý thức cùng các yếu tố khác dẫn đến thiếu dinh dưỡng, nguy cơ viêm phổi hít cao, làm tăng tỷ lệ tử vong. Một số nghiên cứu nhận định, điểm Glasgow ≤ 13 là yếu tố liên quan tới ăn đường sonde.

Thang điểm đột quỵ NIHSS: Là thang điểm đánh giá tình trạng thiếu sót thần kinh trong đột quỵ nhồi máu não cấp. Nhiều nghiên cứu nhận định, tỷ lệ rối loạn nuốt tăng theo mức độ nặng của đột quỵ. Kết quả nghiên cứu này ghi nhận điểm NIHSS ở nhóm bệnh nhân có rối loạn nuốt là $9,6 \pm 6,7$ cao hơn so với ở nhóm không có rối loạn nuốt $4,6 \pm 5,1$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Một tác giả cho rằng điểm NIHSS > 10 điểm có thể là một chỉ số tham chiếu cho chỉ định đặt sonde. Nhưng cho đến nay, ngưỡng điểm NIHSS để phân biệt có hay không rối loạn nuốt chưa xác định được.

Vị trí tổn thương trên CLVT sọ não: Kết quả nghiên cứu nhận định vị trí tổn thương trên CLVT sọ não có ảnh hưởng đến tình trạng rối loạn nuốt, có 68,1% bệnh nhân rối loạn nuốt không có tổn thương tại thân não, 31,9% bệnh nhân rối loạn nuốt có tổn thương tại thân não, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Nhiều báo cáo cũng ghi nhận kết quả tương tự. Đột quỵ thân não cũng có thể làm giảm cảm giác hoặc chức năng vận động của miệng, lưỡi, má, hầu, thanh quản, nếp gấp thanh quản hoặc cơ hầu họng trong giai đoạn nuốt. Các tài liệu giải phẫu cho rằng các đường dẫn truyền từ vỏ não đến thân não sẽ tập trung nhiều hơn ở các vùng trên của cầu não và lan rộng xuống vùng dưới của cầu não (thuộc

thân não). Điều này có thể giải thích rõ tại sao chứng khó nuốt đặc biệt xuất hiện trong tổn thương vùng trên và trước bên của cầu não.

Viêm phổi: Nhiều nghiên cứu trước đây ghi nhận bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt có nguy cơ viêm phổi cao hơn. Điều này được giải thích do sự suy giảm miễn dịch kết hợp với nhiều bệnh lý đi kèm. Bên cạnh đó, rối loạn nuốt được sàng lọc sớm dường như có liên quan tới giảm tỷ lệ viêm phổi. Tỷ lệ viêm phổi hít ở bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt dao động từ 8,8 đến 47%, tùy thuộc vào từng nghiên cứu (do sự khác nhau về thiết kế nghiên cứu, về tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi, về phương pháp sàng lọc rối loạn nuốt trên lâm sàng). Kết quả nghiên cứu ghi nhận 9,0% bệnh nhân rối loạn nuốt bị viêm phổi cao hơn so với nhóm không có rối loạn nuốt trong thời gian nằm viện. Khi so sánh với các nghiên cứu khác, tỷ lệ viêm phổi của nghiên cứu này là thấp hơn. Điều này có thể được giải thích do sàng lọc nuốt được tiến hành thường quy tại Khoa Đột quỵ não bệnh viện Trung ương quân đội 108 và thường được tiến hành sớm ngay khi bệnh nhân vào viện hoặc muộn nhất là trước 24 giờ. Nghiên cứu của Al-Khaled M và cộng sự (2016) nhận định, sàng lọc rối loạn nuốt sớm trong vòng 24 giờ sau nhập viện làm giảm đáng kể nguy cơ viêm phổi [6]. Nguyên nhân được cho là do phát hiện sớm rối loạn nuốt và can thiệp điều trị sớm (đặt sonde ăn hoặc tập nuốt cải thiện phản xạ ho, chọn loại thức ăn phù hợp, ...). Vấn đề sàng lọc rối loạn nuốt sớm được coi như chiến lược giảm viêm phổi hít ở bệnh nhân đột quỵ não cấp.

Tình trạng bệnh nhân khi ra viện đánh giá bằng thang điểm mRS: Bệnh nhân không có rối loạn nuốt tại thời điểm ra viện có 87,3% hồi phục với mRS ≤ 2 điểm, cao hơn ở nhóm có rối loạn nuốt (61,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận, bệnh nhân có rối loạn nuốt có thời gian nằm viện dài hơn, tỷ lệ tàn tật cao hơn tại thời điểm ra viện. Nghiên cứu Al-Khaled M và cộng sự (2016) ghi nhận bệnh nhân nhồi máu não cấp có rối loạn nuốt có thời gian nằm viện $10,5 \pm 7$ (ngày) dài hơn so với nhóm không có rối loạn nuốt ($9,5 \pm 5$ ngày) với $p < 0,001$; có 89,0% bệnh nhân rối loạn nuốt

có mRS ≥ 2 điểm cao hơn so với nhóm không có rối loạn nuốt (52,0%), với $p < 0,001$ [2].

5. Kết luận

Nghiên cứu 107 bệnh nhân nhồi máu não cấp nhập viện trong 72 giờ đầu tại Khoa Đột quy não, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 chúng tôi nhận thấy:

Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não cấp có rối loạn nuốt chiếm 41,1%.

Một số yếu tố ảnh hưởng tới rối loạn nuốt như: Tình trạng rối loạn ý thức xấu, thiếu hụt thần kinh nặng khi vào viện, vị trí tổn thương tại thân não. Bệnh nhân có rối loạn nuốt có thời gian nằm viện dài hơn, tỷ lệ tàn tật cao hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Hamidon BB, Nabil I, Raymond AA (2006) *Risk factors and outcome of dysphagia after an acute ischaemic stroke*. Med J Malaysia 61: 553-537.
2. Ickenstein GW et al (2005) *Predictors of survival after severe dysphagic stroke*. J Neurol 252: 1510-1516.
3. Hughes SM et al (2011) *Management of dysphagia in stroke patient*. Nurs Older People 23: 21-24.
4. Paciaroni M et al (2004) *Dysphagia following stroke*. Eur Neurol 51: 162-167.
5. Masrur S et al (2013) *Dysphagia screening and hospital-acquired pneumonia in patients with acute ischemic stroke*. J Stroke. Cerebrovasc Dis 22: 301-309.
6. Al-Khaled M, Matthis C, Binder A, Mudter J, Schattschneider J, Pulkowski U, Strohmaier T, Niehoff T, Zybur R, Eggers J, Valdueza JM, Royle G; for QugSS II Group (2016) *Dysphagia in patients with acute ischemic stroke: early dysphagia screening may reduce stroke-related pneumonia and improve stroke outcomes*. Cerebrovasc Dis 42(1-2): 81-89. doi: 10.1159/000445299.