Vietnam Journal of Community Medicine, Vol 63, No 2 (2022) 99-105

EVALUATION OF SWALLOWING DISORDERS OF PATIENTS AFTER ACUTE CEREBRAL STROKE AND THE CONSEQUENCES OF SWALLOWING DISORDERS AT SAINT PAUL HOSPITAL

Nguyen Thi Ngoc Han[1,*], Pham Duy Tuong[2]

[1]*Saint Paul General Hospital - 12 Chu Van An, Dien Ban, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam*
[2]*Thăng Long University - Nghiem Xuan Yem, Dai Kim, Hoang Mai, Hanoi, Vietnam*

Received 04/12/2021
Revised 26/01/2022; Accepted 02/03/2022

ABSTRACT

Objectives: To evaluate swallowing disorders of patients after cerebral and some consequences of swallowing disorders.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study performed the assessment of swallowing disorders by the GUSS test, assessing the consequences of swallowing disorders during hospital stay, including: aspiration, pneumonia, intubation. nasogastric tube and length of hospital stay.

Research results: The proportion of patients without swallowing disorder was 37.69%; 62.31% had dysphagia; in which: 35.38% mild, 23.08% moderate, 3.85% severe. The proportion of patients experiencing the following consequences of swallowing disorder is: Aspiration 12.31%; pneumonia 5.38%; put gastric tube 12.31%. Patients with aspiration status had a higher incidence of pneumonia 9.67 times (p = 0.002) and patients with a nasogastric tube had a higher incidence of pneumonia 6.34 times (p = 0.011).

Keywords: Swallowing disorder, GUSS, brain stroke.

*Corressponding author
Email address: ngochan1980@gmail.com
Phone number: (+84) 989 281 274
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i2.302

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN NUỐT CỦA BỆNH NHÂN SAU ĐỘT QUỴ NÃO CẤP VÀ HẬU QUẢ CỦA RỐI LOẠN NUỐT TẠI BỆNH VIỆN SAINT PAUL

Nguyễn Thị Ngọc Hân[1,*], Phạm Duy Tường[2]

[1]*Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn - 12 Chu Văn An, Điện Bàn, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Trường Đại học Thăng Long - Nghiêm Xuân Yêm, Đại Kim, Hoàng Mai, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 04 tháng 12 năm 2021
Chỉnh sửa ngày: 26 tháng 01 năm 2022; Ngày duyệt đăng: 02 tháng 03 năm 2022

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng rối loạn nuốt của bệnh nhân sau đột quỵ não và một số hậu quả của tình trạng rối loạn nuốt.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện đánh giá tình trạng rối loạn nuốt bằng thử nghiệm GUSS, đánh giá hậu quả của rối loạn nuốt trong thời gian nằm viện gồm: tình trạng hít sặc, viêm phổi, đặt sonde dạ dày và thời gian nằm viện.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ người bệnh không có rối loạn nuốt là 37,69%, 62,31% mắc RLN; trong đó: 35,38% RLN nhẹ, 23,08% RLN vừa, 3,85% RLN nặng. Tỷ lệ bệnh nhân gặp các hậu quả sau rối loạn nuốt là: Hít sặc 12,31%; viêm phổi 5,38%; đặt sonde dạ dày 12,31%. BN tình trạng hít sặc có tỷ lệ mắc viêm phổi cao hơn 9,67 lần (p = 0,002) và BN đặt sonde dạ dày có tỷ lệ mắc viêm phổi cao hơn 6,34 lần (p = 0,011).

Từ khóa: Rối loạn nuốt, GUSS, đột quỵ não.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân phổ biến thứ 3 ở cả nước phát triển và các nước đang phát triển. Đột quỵ não làm gia tăng gánh nặng bệnh tật theo năm do sức khỏe kém, giảm khuyết tật hoặc chết sớm (chỉ số disability – adjusted life- years DALYs) [1]. Micheala Trapl và cộng sự đã phát triển một phương pháp đánh giá rối loạn nuốt tại giường "The Gugging Swallowing Screen (GUSS)" là một phương pháp nhanh, dễ làm, tin cậy để xác định bệnh nhân đột quỵ não có rối loạn nuốt và nguy cơ sặc. Với hệ thống cho điểm giúp phân chia rối loạn nuốt thành các mức độ, dự báo nguy cơ hít sặc và có thể đưa ra được các khuyến cáo về chế độ dinh dưỡng phù hợp để chăm sóc tình trạng rối loạn nuốt cho người bệnh [2], [3]we developed a simple, stepwise bedside screen that allows a graded rating with separate evaluations for nonfluid and fluid nutrition starting with nonfluid textures. The Gugging Swallowing Screen (GUSS. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu sàng lọc về rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não và cho thấy mức độ quan trọng của

*Tác giả liên hệ
Email: ngochan1980@gmail.com
Điện thoại: (+84) 989 281 274
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i2.302

test sàng lọc rối loạn nuốt cho bệnh nhân đột quỵ não sau khi vào viện [4], [5]. Để tìm hiểu thực trạng rối loạn nuốt ở nhóm bệnh nhân đột quỵ não tại Bệnh viện Đa khoa Saint Paul qua đó có thể thực hiện các chăm sóc và phục hồi chức năng phù hợp cho người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Đánh giá đặc điểm lâm sàng và tình trạng rối loạn nuốt của bệnh nhân sau đột quỵ não cấp và hậu quả của rối loạn nuốt tại bệnh viện Saint Paul", với mục tiêu: **"Đánh giá tình trạng rối loạn nuốt của bệnh nhân sau đột quỵ não tại Bệnh viện Saint Paul và một số hậu quả của tình trạng rối loạn nuốt".**

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 01/01/2021 đến 01/06/2021.

Địa điểm nghiên cứu: Người bệnh đột quỵ não được đánh giá tình trạng rối loạn nuốt tại Khoa hồi sức cấp cứu và khoa nội tim mạch bệnh viện SainPaul.

Cỡ mẫu: Chọn ngẫu nhiên 130 người bệnh tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:** BN được chẩn đoán xác định bị đột quỵ não lần đầu, trên 25 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân đột quỵ não có suy hô hấp phải đặt nội khí quản, rối loạn ý thức, hôn mê không làm theo lệnh hoặc tái phát/được chẩn đoán rối loạn nuốt trước đó.

- Tổn thương não do các nguyên nhân khác: chấn thương sọ não, nhiễm khuẩn hệ thần kinh, u não, di căn não hoặc do các nguyên nhân rối loạn nuốt khác: Bệnh Parkinson, đa xơ cứng, viêm tế bào động mạch, nhược cơ….

- Sử dụng thử nghiệm nuốt GUSS để đánh giá tình trạng rối loạn nuốt của người bệnh đột quỵ não trong 12 giờ đầu [2].

+ Từ 0 - 9 điểm: RLN nặng, nguy cơ hít phải dị vật cao. Chế độ ăn uống qua đường miệng, cung cấp dinh dưỡng qua sonde dạ dày và dinh dưỡng tĩnh mạch.

+ Từ 10 - 14 điểm: RLN trung bình, nguy cơ hít phải dị vật mức độ vừa. Chế độ ăn: ăn thức ăn đặc mịn, không uống nước và uống thuốc nước. Thuốc viên cần nghiền và trộn cùng thức ăn. Bổ sung thêm dinh dưỡng bằng truyền tĩnh mạch.

+ Từ 15 - 19 điểm: Rối loạn nuốt nhẹ, nguy cơ hít phải dị vật mức độ ít. Chế độ ăn thức ăn mềm đặc, uống nước ngụm nhỏ, từ từ.

+ 20 điểm: Nuốt bình thường, nguy cơ hít phải dị vật rất ít. Chế độ ăn bình thường, uống nước bình thường tuy nhiên lần đầu cần có mặt của nhân viên y tế.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của người bệnh đột quỵ não là 68,27 ± 11,2 tuổi, đa số người bệnh đột quỵ não ở nhóm tuổi 50 – 75 tuổi chiếm 65,38%; nhóm > 75 tuổi: 28,46%; dưới 50 tuổi: 6,15%. Nam giới: 54,61%; Nữ giới: 45,39%. Có 89,23% người bệnh nhồi máu não, 10,77% xuất huyết não.

Bảng 3.1: Đánh giá rối loạn nuốt theo thang điểm GUSS

Mức độ rối loạn nuốt	Số lượng (n = 130)	Tỷ lệ (%)
Không mắc rối loạn nuốt	49	37,69
Mức độ nhẹ	46	35,38
Mức độ trung bình	30	23,08
Mức độ nặng	5	3,85

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân đột quỵ não cấp, có 37,69% người bệnh không RLN. Có 62,31% RLN: 35,38% RLN nhẹ, 23,08% RLN vừa, 3,85% RLN nặng.

Bảng 3.2: Mức độ suy giảm chức năng thần kinh theo thang điểm NIHSS

Thang điểm NIHSS	Số lượng (n = 130)	Tỷ lệ (%)
Không đột quỵ NIHSS = 0	39	30,0
Suy giảm nhẹ	67	51,54
Suy giảm trung bình	23	17,69
Suy giảm nặng	1	0,76

Nhận xét: Trong NC, có 30,0% người bệnh không có triệu chứng đột quỵ. Đa số bệnh nhân đột quỵ não suy giảm mức độ nhẹ chiếm 51,54%.

Bảng 3.4: Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện		n	Thời gian nằm viện	p
Tình trạng RLN	Không rối loạn nuốt	49	8,05 ± 2,15	**0,05**
	Rối loạn nuốt	81	9,63 ± 4,44	
Mức độ RLN	Rối loạn nuốt nhẹ	46	8,86 ± 2,81	0,2
	Rối loạn nuốt vừa	30	10,57 ± 6,50	
	Rối loạn nuốt nặng	5	11,4 ± 3,5	
Thời gian nằm viện trung bình		130	9.06 ± 3.84 (Min = 3; Max = 30)	

Nhận xét: Bệnh nhân RLN có thời gian nằm viện kéo dài hơn so với bệnh nhân không rối loạn nuốt (p < 0,05).

Bảng 3.5: Sự khác biệt giữa tình trạng mắc rối loạn nuốt và hậu quả của RLN

Đặc điểm chung (n = 130)		n	Không RLN		Có RLN		p	OR
			n	%	n	%		
Hít sặc	Có	30	25	30,86	5	10,2	0,02	3,01
	Không	100	56	69,14	44	89,8		
Viêm phổi	Có	7	4	4,9	3	6,1	0,79	0,77
	Không	123	77	95,1	46	93,9		
Đặt sonde dạ dày	Có	16	16	19,8	0	0	**0,0009**	-
	Không	114	65	80,2	49	100,0		

Nhận xét: Có 12,31% bệnh nhân RLN phải đặt sonde dạ dày. Có 5,38% bệnh nhân viêm phổi. Có 23,07% bệnh nhân hít sặc. Bệnh nhân có triệu chứng hít sặc có tỷ lệ mắc rối loạn nuốt cao hơn (30,86% và 10,2%; p < 0,05). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng viêm phổi và RLN. 100% BN đặt sonde dạ dày đều là nhóm bệnh nhân RLN.

Bảng 3.6: Sự khác biệt về tình trạng mức độ rối loạn nuốt và hậu quả RLN

Hậu quả của rối loạn nuốt (n = 81)		n	Nhẹ		Vừa		Nặng		p
			n	%	n	%	n	%	
Hít sặc	Có	29	4	8,7	20	66,7	5	100	**0,000**
	Không	52	42	91,3	10	33,3	0	0	
Viêm phổi	Có	4	1	2,2	3	10,0	0	0	0,266
	Không	77	45	97,8	27	90,0	5	100	
Đặt sonde dạ dày	Có	16	1	2,2	10	33,3	5	100	**0,000**
	Không	65	45	97,8	20	66,7	0	0	

Nhận xét: - Bệnh nhân ở mức độ RLN càng nặng, tỷ lệ hít sặc càng cao (p = 0,000);

- Tỷ lệ BN RLN nặng phải đặt sonde dạ dày là 100%, vừa là 33,33% (p <0,05).

Bảng 3.6: Mối liên quan giữa tình trạng hít sặc, viêm phổi, đặt sonde dạ dày

Đặc điểm		Không mắc viêm phổi		Mắc viêm phổi		p	OR
		n	%	n	%		
Hít sặc	Không	98	79,67	2	28,57	0,002	9,67
	Có	25	20,33	5	71,43		
Đặt sonde dạ dày	Không	110	89,43	4	57,13	0,011	6,34
	Có	13	10,57	3	42,86		

Nhận xét: BN tình trạng hít sặc có tỷ lệ mắc viêm phổi cao hơn 9,67 lần (p = 0,002) và BN đặt sonde dạ dày có tỷ lệ mắc viêm phổi cao hơn 6,34 lần (p = 0,011)

4. BÀN LUẬN

*** Tỷ lệ RLN của bệnh nhân đột quỵ não:** Trong NC của chúng tôi, chúng tôi sử dụng thang điểm GUSS để sàng lọc tình trạng rối loạn nuốt, tỷ lệ có RLN ở nhóm người bệnh đột quỵ não là 62,31%. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cũng chỉ ra, tỷ lệ khá cao người bệnh đột quỵ não vào viện có tình trạng rối loạn nuốt. Ngoài ra, tỷ lệ rối loạn nuốt còn khác nhau tùy theo khoa điều trị bệnh và thời điểm đánh giá.

Tác giả / Nghiên cứu	Trịnh Thị Thảo (2019)	Nguyễn Thế Dũng (2009)	Lường Văn Long 2012)	Nguyễn Thị Hân (2021)
Không RLN	23,08%	35,7%	40,7%	37,69%
Nhẹ	35,9%	9,5%	12,8%	35,38%
Trung bình	30,8%	16,7%	22,1%	23,08%
Nặng	10,25%	38,1%	24,4%	3,85%

*** Hậu quả của rối loạn nuốt:** Các biến chứng của rối loạn nuốt trên người bệnh đột quỵ não là hít sặc, viêm phổi, suy dinh dưỡng và kéo dài thời gian điều trị và hệ quả dẫn tới giảm chất lượng cuộc sống về cả thể chất và tinh thần. NC của Nguyễn Thị Thu Hiền, chỉ ra, RLN có mối tương quan với tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần của người bệnh, tình trạng RLN càng nặng thì ảnh hưởng càng cao (r = - 0,312; p < 0,01 và r = - 0,711, p < 0,01) **[6]**. NC của Joundi và cs, (n = 5144), người bệnh RLN có nguy cơ cao mắc các biến chứng so với người bệnh không mắc RLN gồm: viêm phổi (OR = 4.71; 95% CI, 3.43–6.47); viêm phổi do hít sặc (aOR = 6,5; 95% CI: 4,2 – 9,9); khuyết tật nặng (aOR = 5.19; 95% CI, 4.48–6.02); chăm sóc kéo dài (aOR = 2.79; 95% CI, 2.11–3.79) và có nguy cơ tử vong trong vòng 1 năm tăng gấp 2,42 lần (aHR = 2.42; 95% CI, 2.09–2.80) **[7]**. Trong NC của chúng tôi, đánh giá hậu quả RLN qua tỷ lệ hít sặc, viêm phổi và tình trạng đặt sonde dạ dày.

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng hít sặc trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,07%, thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đó. NC của Nguyễn Thị Dung, tỷ lệ hít sặc là 46,34% **[8]**. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Trung chỉ ra, tỷ lệ hít sặc là 50,74%; tỷ lệ hít sặc là 72,72%. BN RLN nặng và trung bình có tỷ lệ hít sặc cao gấp 3,65 lần BN RLN nhẹ (p < 0,05) **[9]**.

Hít sặc thầm lặng (silent aspiration): Một số người dường như nuốt tốt, nhưng thức ăn hoặc đồ uống vẫn có thể xâm nhập vào phổi, đây cũng là yếu tố nguy cơ chính gây nên tình trạng viêm phổi. Thang điểm GUSS có ưu điểm giúp người thực hiện đánh giá được nguy cơ hít sặc của người bệnh đột quỵ não **[2]**. Bảng 3.6 cho thấy người bệnh hít sặc có nguy cơ mắc viêm phổi cao gấp 9,67 lần. Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hít sặc với viêm phổi và rối loạn nuốt. **[4], [9], [10]**.

Khoảng 80% viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quỵ não là do hít sặc, trong đó, các dị vật thường gặp là hít sặc thức ăn, mảng bám thức ăn và nước bọt. Như vậy, cần thực hiện chăm sóc cho bệnh nhân RLN có nguy cơ hít sặc cao như tập PHCN nuốt, hướng dẫn tư thế ăn phù hợp, vệ sinh răng miệng **[11] [7], [12]**. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đột quỵ não viêm phổi là 5,4%. Người bệnh RLN có tình trạng viêm phổi là 5,2%. Nhiều nghiên cứu chỉ ra, bệnh nhân rối loạn nuốt có tỷ lệ phát triển thành viêm phổi sớm cao hơn so với nhóm không mắc rối loạn nuốt. Nghiên cứu của Al – Khaled (n = 12.276) cho thấy, bệnh nhân nhồi máu não rối loạn nuốt có tỷ lệ mắc viêm phổi cao gấp 11,13 lần so với không rối loạn nuốt. (OR = 11,13; 95% CI: 9,74 – 12,71). Nghiên cứu của Joundi và cs, cho thấy, ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não, người bệnh rối loạn nuốt có tỷ lệ mắc viêm phổi cao gấp 7,64 lần so với người bệnh không rối loạn nuốt (OR = 7,64; 95%CI: 5,67 – 10,3) **[7]**. Trong NC của Đặng Phúc Đức, tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi sau đột quỵ là 13,4% **[5]**. Tỷ lệ viêm phổi và mức độ rối loạn nuốt lần lượt là không RLN (2,9%); RLN nhẹ (26,5%); RLN vừa (26,5%); RLN nặng (44,1%) (p < 0,01) **[5]**.

Đặt sonde dạ dày: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 12,31% người bệnh phải đặt sonde dạ dày. Đặt sonde dạ dày là một chăm sóc dinh dưỡng thường quy đối với bệnh nhân có rối loạn nuốt nặng, không thực hiện được dinh dưỡng qua đường miệng và cần chăm sóc dinh dưỡng qua sonde; đặt sonde dạ dày giúp làm giảm nguy cơ do rối loạn nuốt và hít sặc. Mặc dù vậy, NC của chúng tôi cho thấy, đặt sonde dạ dày có tỷ lệ mắc viêm phổi cao gấp 6,34 lần người bệnh không đặt sonde dạ dày (OR = 6,34; p = 0,011), tuy nhiên số liệu này còn ít và chưa mang tính đại diện. Một NC tại Austraylia, n = 536, năm 2010, trong tuần đầu tiên sau đột quỵ não, BN ăn qua sonde dạ dày có nguy cơ viêm phổi cao gấp 3,91 lần bệnh nhân không ăn qua ống thông dạ dày. Một số quốc gia thực hiện tập phục hồi chức năng nuốt sớm và sử dụng chất tạo đặc để người bệnh RLN có thể tập PHCN nuốt và ăn qua đường miệng, để giảm thiểu nguy cơ cần đặt ống thông dạ dày **[11]**. NC của K Mamun (n = 129) chỉ ra, tỷ lệ mắc viêm phổi và tử vong có sự khác biệt lớn giữa sử dụng sonde dạ dày và ăn chế độ ăn đường miệng sử dụng chất tạo đặc (viêm phổi: 10,9% và 0%; tử vong do hít sặc 7,8% và 0%) **[13]**. Tuy nhiên, trên thực tế hiện nay tại Việt Nam, chưa có nhiều cơ sở có thể thực hiện được chế độ ăn cho sau rối loạn nuốt.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh không có rối loạn nuốt là 37,69%, 62,31% mắc RLN; trong đó: 35,38% RLN nhẹ, 23,08% RLN vừa, 3,85% RLN nặng. Tỷ lệ bệnh nhân gặp các hậu quả sau rối loạn nuốt là: Hít sặc 12,31%; viêm phổi 5,38%; đặt sonde dạ dày 12,31%. BN tình trạng hít sặc có tỷ lệ mắc viêm phổi cao hơn 9,67 lần (p = 0,002) và BN đặt sonde dạ dày có tỷ lệ mắc viêm phổi cao hơn 6,34 lần (p = 0,011).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Feigin VL, Norrving B, Mensah GA, Global Burden of Stroke. Circ Res, 2017, 120(3), 439–448.

[2] Trapl M, Enderle P, Nowotny M, et al., Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke, 2007, 38(11), 2948–2952.

[3] Anatomy Department, Human anatomy. Medical Publishing House, 2006, 176–177.

[4] Thao TT, Study on swallowing disorder on acute cerebral stroke patients at Stroke Center - Phu Tho Provincial General Hospital. Vietnam Medical Journal, 482(Special 2019), 185–195.

[5] Duc DP, Hien NM, Khan MX, Comparison of the NIHSS score and the GUSS score in predicting the risk of pneumonia after stroke. Vietnamese Medicine, 482(Special 2019), 209–216.

[6] Hien NTT, Factors affecting the health status of patients with cerebral infarction with swallowing disorder. VietNamese Medicine, 482(Special 2019), 266–269.

[7] Joundi RA, Martino R, Saposnik G, et al., Predictors and Outcomes of Dysphagia Screening After Acute Ischemic Stroke. Stroke, 2017, 48(4), 900–906.

[8] Dung NT, Initial understanding of swallowing disorders and the need for interventions to restore swallowing function in patients with cerebrovascular accident in 2014, Thesis of a resident doctor, Ha Noi Medical Unversity.

[9] Trung ND, Study on swallowing disorder in patients with cerebral infarction by Mann scale and assessment of related factors in 2016, Thesis of specialist doctor II, Ha Noi Medical Unversity, Ha Noi.

[10] Long LV, Study on swallowing disorder in patients with acute coronary artery disease in 2012, Master's Thesis in Medicine, Ha Noi Medical Unversity, Ha Noi.

[11] Khanh LT, Junko F, Early care and rehabilitation after stroke, Support project to improve quality of stroke care.

[12] Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, et al., Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. PLoS One, 2016, 11(2), e0148424.

[13] Mamun K, Lim J, Role of nasogastric tube in preventing aspiration pneumonia in patients with dysphagia. Singapore Med J, 2005, 46(11), 627–631.