

THE CURRENT SITUATION OF CARE AND REHABILITATION NEEDS FOR DYSPHAGIA AMONG PATIENTS WITH ACUTE STROKE AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2025

Hoang Thi Kim Yen^{1*}, Nguyen Van Hieu², Vu Viet Tuong³, Pham Van Khiet¹, Nguyen Tien Manh¹, Nguyen Duc Chinh¹, Vu Dinh Tuan¹, Do Tien Dat⁴, Nguyen Viet Quy⁴, Be Hong Thu⁵

¹Vinmec Times City International General Hospital - 458 Minh Khai, Vinh Tuy ward, Hanoi, Vietnam

²Phuong Bac General Hospital - Tan Ha 4 residential group, Minh Xuan ward, Tuyen Quang province, Vietnam

³Vinmec Central Park International General Hospital - 720A Dien Bien Phu, Thanh My Tay ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

⁴KUSUMI Hospital - ST-01, Ecopark urban area, Phung Cong commune, Hung Yen province, Vietnam

⁵Thang Long University - Nghiem Xuan Yem street, Dinh Cong ward, Hanoi, Vietnam

Received: 16/04/2026

Revised: 04/05/2026; Accepted: 25/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of dysphagia among patients with acute stroke at Vinmec Times City International General Hospital in 2025.

Methods: Cross-sectional study.

Results: The prevalence of swallowing disorders in stroke patients at Vinmec Times City International General Hospital in 2025 was as follows: severe swallowing disorders accounted for 51.7%, moderate swallowing disorders for 15.8%, and mild swallowing disorders for 2.5%. The majority of patients required complete assistance in daily living activities (76.2-77.4%); in communication (57.1%); and in basic motor activities (81%).

Conclusion: The prevalence of dysphagia among stroke patients at Vinmec Times City International General Hospital, in 2025 was notably high. In addition, language and communication disorders were observed in a considerable proportion of patients, significantly impacting their quality of life.

Keywords: Dysphagia, stroke, GUSS scale.

*Corresponding author

Email: Yenkimdhdd@gmail.com Phone: (+84) 973372366 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5725



THỰC TRẠNG NHU CẦU CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG RỐI LOẠN NUỐT TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY NĂM 2025

Hoàng Thị Kim Yến^{1*}, Nguyễn Văn Hiếu², Vũ Viết Tương³, Phạm Văn Khiết¹, Nguyễn Tiến Mạnh¹, Nguyễn Đức Chính¹, Vũ Đình Tuấn¹, Đỗ Tiến Đạt⁴, Nguyễn Viết Quý⁴, Bế Hồng Thu⁵

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City - 458 Minh Khai, phường Vĩnh Tuy, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Phương Bắc - Tổ dân phố Tân Hà 4, phường Minh Xuân, tỉnh Tuyên Quang, Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park - 720A Điện Biên Phủ, phường Thạnh Mỹ Tây, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁴Bệnh viện KUSUMI - ST-01, Khu đô thị Ecopark, xã Phụng Công, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

⁵Trường Đại học Thăng Long - Đường Nghiêm Xuân Yêm, phường Định Công, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 04/05/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng rối loạn nuốt trên những người bệnh đột quy não trong giai đoạn cấp tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025.

Phương pháp: Điều tra mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quy tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025: nhóm rối loạn nuốt nặng chiếm 51,7%, rối loạn nuốt trung bình chiếm 15,8%, rối loạn nuốt nhẹ chiếm 2,5%. Đa số người bệnh cần được hỗ trợ hoàn toàn trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (76,2-77,4%); trong giao tiếp (57,1%); trong các hoạt động vận động cơ bản (81%).

Kết luận: Tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quy tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025 rất cao. Rối loạn ngôn ngữ và giao tiếp chiếm tỷ lệ đáng kể, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Từ khóa: Rối loạn nuốt, đột quy, thang điểm GUSS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mỗi năm trên thế giới ghi nhận khoảng 795.000 trường hợp đột quy, trong đó có khoảng 185.000 trường hợp tái phát [1]. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau đột quy vẫn ở mức cao, chiếm khoảng 8-12% đối với đột quy nhồi máu não và từ 37-38% đối với đột quy xuất huyết não [1]. Những người sống sót sau đột quy thường phải đối mặt với nhiều di chứng kéo dài, gây ảnh hưởng đáng kể đến khả năng sinh hoạt và chất lượng cuộc sống. Đột quy não có thể dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng, tác động đến tiên lượng trong giai đoạn cấp cũng như quá trình phục hồi lâu dài của người bệnh, trong đó rối loạn chức năng nuốt là một biến chứng thường gặp.

Rối loạn nuốt có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng tàn tật và nguy cơ tử vong, do có thể gây ra nhiều hậu quả như mất nước, suy dinh dưỡng, tắc nghẽn đường thở và viêm phổi hít [2]. Trong các biến chứng này, viêm phổi do hít sặc được xem là hậu quả nghiêm trọng nhất ở người bệnh đột quy có rối loạn nuốt. Việc phát hiện sớm và quản lý hiệu quả rối loạn nuốt không chỉ góp phần giảm nguy cơ viêm phổi hít mà còn giúp hạn chế suy dinh dưỡng, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ tử vong.

Hiện nay, nhiều công cụ sàng lọc rối loạn nuốt tại giường đã được phát triển và ứng dụng trong thực hành lâm sàng. Một số bộ câu hỏi đánh giá tình trạng nuốt thường được sử dụng như EAT-10, SOAL, DYMUS, SSQ và GUSS (Gugging Swallowing Screen) [3], giúp đánh giá chất lượng quá trình nuốt thông qua các câu hỏi chuẩn hóa. Tại Việt Nam, thang điểm GUSS hiện được sử dụng khá phổ biến trong sàng lọc rối loạn nuốt do có độ nhạy cao và mức độ tin cậy tương đối tốt, với độ nhạy đạt tới 100% và độ đặc hiệu dao động từ 50-69% khi so sánh với tiêu chuẩn vàng là nội soi đánh giá nuốt (FEES). Tuy nhiên, việc sàng lọc và đánh giá toàn diện thực trạng cũng như nhu cầu phục hồi chức năng (PHCN) nuốt ở người bệnh đột quy não cấp vẫn chưa được quan tâm đúng mức trong thực hành lâm sàng. Đồng thời, tại Việt Nam hiện vẫn còn hạn chế các nghiên cứu thống kê về tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quy não cấp sử dụng thang điểm GUSS.

Chăm sóc và PHCN cho người bệnh đột quy não đóng vai trò đặc biệt quan trọng ngay từ những ngày đầu của bệnh, đặc biệt ở nhóm người bệnh có rối loạn nuốt. Tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, hoạt động

*Tác giả liên hệ

Email: Yenkimdhdd@gmail.com Điện thoại: (+84) 973372366 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5725

PHCN cho người bệnh sau giai đoạn cấp (sau khoảng 24 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên) luôn được chú trọng triển khai nhằm cải thiện khả năng phục hồi và hạn chế các biến chứng.

Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng nêu trên, nhằm mô tả thực trạng rối loạn nuốt theo thang điểm GUSS và đánh giá nhu cầu chăm sóc, PHCN nuốt ở người bệnh đột quỵ não cấp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá thực trạng rối loạn nuốt và nhu cầu PHCN ở người bệnh đột quỵ não trong giai đoạn cấp tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh nhập viện tại Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City với chẩn đoán đột quỵ não trong giai đoạn cấp thời gian từ tháng 2-7 năm 2025.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: người bệnh từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu, nhập viện Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City với chẩn đoán xác định là đột quỵ não cấp, đồng ý tham gia nghiên cứu. Người bệnh chẩn đoán đột quỵ não cấp có rối loạn nuốt sau khi tầm soát bằng bộ công cụ đánh giá rối loạn nuốt theo thang điểm GUSS.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: người bệnh dưới 18 tuổi; người bệnh không có khả năng trả lời câu hỏi trong bộ câu hỏi thu thập số liệu (hôn mê, rối loạn tâm thần, đang trong tình trạng cấp cứu); người bệnh/người nhà người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

- Thời gian: từ tháng 2-7 năm 2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ cho trước trong quần thể:

$$n = \frac{z^2 \cdot p(1-p)}{(\epsilon \cdot p)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu; Z là hệ số tin cậy (với mức ý nghĩa 95%, có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$); p là tỷ lệ người bệnh đột quỵ não cấp có rối loạn nuốt (ước lượng từ các nghiên cứu trước hoặc giả định); ϵ là sai số tương đối, thường chọn 9%.

Giả định tỷ lệ người bệnh có tỷ lệ rối loạn nuốt $p = 80,8\%$ (giá trị lớn nhất để đảm bảo cỡ mẫu đủ lớn), khi đó thay các giá trị vào công thức trên, tính được $n \approx 113$ người bệnh, dự phòng 5-10% không đáp ứng nên chọn $n = 120$ bệnh nhân.

- Chọn mẫu thuận tiện, tất cả những người bệnh đủ tiêu chuẩn trên đều được chọn vào mẫu nghiên cứu lần lượt sao cho đủ 120 người bệnh.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

2.5.1. Bộ công cụ thu thập số liệu

- Phần A: Các đặc điểm chung về nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu bao gồm các câu hỏi về tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tiền sử các bệnh lý nền, tiền sử đã từng bị đột quỵ.

- Phần B: Các câu hỏi về đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu như tiền sử mắc các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, các bệnh lý về van tim; ngoài ra còn có các câu hỏi khảo sát các triệu chứng lâm sàng trong đợt đột quỵ não cấp mà người bệnh tham gia nghiên cứu gặp phải.

- Phần C: Công cụ đánh giá rối loạn nuốt. Thang điểm GUSS được phát triển bởi các nhà nghiên cứu tại Viện Nghiên cứu Não và Thần kinh Gugging (Cộng hòa Áo) năm 2006, bao gồm các chuyên gia về hội chứng Parkinson và các bệnh lý liên quan đến chức năng nuốt. Với mục đích để có một công cụ sàng lọc rối loạn nuốt cấp tính sau đột quỵ (acute stroke) dễ thực hiện, đánh giá được cả nuốt chất lỏng và không lỏng, và đồng thời đưa ra được khuyến nghị chế độ ăn phù hợp. Nó được thiết kế để giảm thiểu rủi ro hít phải thức ăn hoặc chất lỏng trong quá trình đánh giá. Thang điểm GUSS có độ tin cậy rất cao; độ nhạy đạt 90-100%, đặc biệt trong sàng lọc nguy cơ sặc hít, với Cronbach's Alpha > 0,8 có độ tin cậy nội tại tốt.

2.5.2. Đánh giá nhu cầu chăm sóc

Đánh giá nhu cầu chăm sóc theo 7 nhóm, mỗi nhóm có các nội dung chi tiết.

7 nhóm gồm các nhu cầu chăm sóc bao gồm: chăm sóc về tư thế đúng, chăm sóc tiết niệu, chăm sóc hô hấp, chăm sóc phòng chống loét, chăm sóc cơ xương khớp, chăm sóc đại tiện, chăm sóc dinh dưỡng. Mỗi nhóm nhu cầu được đánh giá là có nhu cầu khi ít nhất một trong các nội dung chi tiết có nhu cầu.

Với nhu cầu chăm sóc chung: có nhu cầu chăm sóc khi có ít nhất 1 trong 7 nhóm nhu cầu trên.

2.5.3. Đánh giá nhu cầu PHCN

Có 14 nội dung thuộc 3 nhóm nhu cầu:

- Nhu cầu sinh hoạt hàng ngày: ăn uống, giữ mình sạch sẽ, sử dụng nhà vệ sinh, mặc cởi quần áo.

- Nhu cầu về giao tiếp: hiểu câu nói đơn giản, thể hiện nhu cầu, hiểu các cử chỉ, và dấu hiệu khi giao tiếp, ra dấu hiệu mà người khác hiểu, nói được.

- Nhu cầu về vận động: ngồi, đứng, di chuyển trong phòng bệnh, đi bộ được ít nhất 10 bước, có đau lưng, đau khớp.

Mỗi nội dung được đánh giá như sau: không có nhu cầu (mức độ 0), có nhu cầu PHCN mức độ 1 (cần trợ giúp một phần), có nhu cầu PHCN mức độ 2 (cần trợ giúp hoàn toàn).

2.5.4. Xác định nhu cầu PHCN chung

Có nhu cầu PHCN khi ít nhất 1 trong 14 nội dung được xác nhận là có nhu cầu PHCN. Xác nhận không có nhu cầu PHCN: không có nội dung nào trong 14 nội dung được xác nhận là có nhu cầu PHCN.

2.5.5. Các yếu tố liên quan

Các yếu tố liên quan bao gồm: tuổi của người bệnh, giới tính, nghề nghiệp, tiền sử bệnh đến nhu cầu chăm sóc của người bệnh, nhu cầu PHCN trong sinh hoạt hằng ngày, trong giao tiếp, vận động của người bệnh.

2.5.6. Cách thức thu thập số liệu

Số liệu được thu thập qua hồ sơ bệnh án được thiết kế sẵn.

- Phần 1: Thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới, nghề nghiệp) và thông tin lâm sàng được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh và tra cứu hồ sơ bệnh án.

- Phần 2: Đánh giá nhu cầu chăm sóc và PHCN, tất cả người bệnh/người nhà người bệnh đều được nghiên cứu viên trực tiếp phỏng vấn và hướng dẫn trả lời chi tiết theo bộ câu hỏi đánh giá nhu cầu chăm sóc và PHCN.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được mã hóa và nhập trên phần mềm Excel, xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0. Nghiên cứu thống kê mô tả (số lượng, tỷ lệ phần trăm) để mô tả thực trạng rối loạn nuốt và nhu cầu PHCN trên những người bệnh đột quỵ não trong giai đoạn cấp.

2.7. Sai số và cách khống chế trong nghiên cứu

- Sai số ngẫu nhiên: có thể phát sinh do sự thay đổi ngẫu nhiên trong các quan sát.

- Sai số hệ thống: có thể phát sinh từ các yếu tố như sự sai lệch trong cách thức thu thập thông tin.

Để khống chế sai số, việc thu thập số liệu sẽ được thực hiện cẩn thận và theo một quy trình chuẩn hóa, điều tra viên thu thập số liệu được đào tạo kỹ lưỡng.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin thu thập từ người bệnh sẽ được bảo mật tuyệt đối. Trước khi tiến hành thu thập dữ liệu, đề cương nghiên cứu thông qua Hội đồng Đạo đức và Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và tiền sử bệnh lý

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n = 120)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 65 tuổi	30	25,0
	≥ 65 tuổi	90	75,0
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	70 ± 11,3	
	Min-max (tuổi)	48-95	
Giới tính	Nam	75	62,5
	Nữ	45	37,5
Nghề nghiệp	Nông dân	13	10,8
	Công nhân	4	3,3
	Tự do	28	23,3
	Hưu trí	75	62,5

Đối tượng nghiên cứu ≥ 65 tuổi chiếm đa số (75%), tuổi trung bình của người bệnh là 70 ± 11,3 tuổi. Nhóm đối

tượng nghiên cứu là nam giới chiếm đa số (62,5%). Đối tượng nghiên cứu là hưu trí chiếm đa số (62,5%), thấp nhất là những người có nghề nghiệp là công nhân (3,3%).

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử mắc bệnh của người bệnh (n = 120)

Tiền sử bệnh		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiền sử bị đột quỵ	Có	37	30,8
	Không	83	69,2
Bệnh lý nền	Tăng huyết áp	55	45,8
	Đái tháo đường	6	5,0
	Rung nhĩ	43	35,8
	Bệnh lý van tim	16	13,3

Đối tượng nghiên cứu có tiền sử đột quỵ trước đó chiếm tỷ lệ 30,8%, còn lại không có tiền sử đột quỵ (69,2%). Đối tượng nghiên cứu mắc bệnh lý toàn thân kết hợp là tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (45,8%), thấp nhất là nhóm có bệnh lý đái tháo đường (5%).

3.2. Đặc điểm rối loạn nuốt của người bệnh

Bảng 3. Tỷ lệ rối loạn nuốt của người bệnh (n = 120)

Tình trạng nuốt	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nuốt bình thường	36	30,0
Khó nuốt nhẹ	3	2,5
Khó nuốt trung bình	19	15,8
Khó nuốt nặng	62	51,7

Tỷ lệ người bệnh có rối loạn nuốt chiếm đa số với 70%, trong đó rối loạn nuốt mức độ nhẹ 2,5%, mức độ trung bình 15,8% và mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,7%.

3.3. Đánh giá nhu cầu chăm sóc và PHCN người bệnh đột quỵ có rối loạn nuốt

Khi phân tích trên 120 người bệnh đột quỵ não giai đoạn cấp (Bảng 3), thấy 84 người bệnh có rối loạn nuốt và có nhu cầu chăm sóc PHCN, do đó chúng tôi tiến hành phân tích số liệu đánh giá nhu cầu chăm sóc và PHCN đối với 84 trường hợp này.

Bảng 4. Phân bố người bệnh theo nhóm nhu cầu chăm sóc (n = 84)

Nhóm nhu cầu chăm sóc	Có		Không	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chăm sóc tư thế đứng	81	96,4	3	3,6
Chăm sóc hô hấp	75	89,3	9	10,7
Chăm sóc dinh dưỡng	77	91,7	7	8,3
Chăm sóc loét và phòng loét	75	89,3	9	10,7
Chăm sóc tiêu hóa-dại tiện	80	95,2	4	4,8
Chăm sóc tiết niệu	81	96,4	3	3,6
Chăm sóc cơ xương khớp	81	96,4	3	3,6

Nhu cầu chăm sóc tư thế đứng, chăm sóc tiết niệu và chăm sóc cơ xương khớp đều chiếm 96,4%, tiếp theo là chăm sóc tiêu hóa-dại tiện (95,2%), chăm sóc dinh dưỡng (91,7%), chăm sóc hô hấp (89,3%).

Bảng 5. Phân loại nhu cầu PHCN trong nhóm nhu cầu về sinh hoạt hàng ngày (n = 84)

Nhu cầu PHCN	Có nhu cầu				Không có nhu cầu	
	Mức độ 2		Mức độ 1		Mức độ 0	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ăn uống	65	77,4	17	20,2	2	2,4
Giữ mình sạch sẽ	65	77,4	17	20,2	2	2,4
Sử dụng nhà vệ sinh	64	76,2	18	21,4	2	2,4
Mặc, cởi quần áo	64	76,2	18	21,4	2	2,4

Đa số người bệnh cần được hỗ trợ hoàn toàn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (76,2-77,4%); người bệnh cần hỗ trợ một phần chiếm 20,2-21,4%; chỉ có 2,4% người bệnh không cần hỗ trợ.

Bảng 6. Phân loại nhu cầu PHCN trong nhóm nhu cầu về giao tiếp (n = 84)

Nhu cầu PHCN	Có nhu cầu				Không có nhu cầu	
	Mức độ 2		Mức độ 1		Mức độ 0	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hiểu câu nói đơn giản	48	57,1	12	14,3	24	28,6
Thể hiện nhu cầu	47	56,0	14	16,7	23	27,4
Hiểu các cử chỉ, dấu hiệu khi giao tiếp	47	56,0	13	15,5	24	28,6
Nhu cầu hỗ trợ để nói được	48	57,1	12	14,3	24	28,6

Kết quả cho thấy hơn một nửa người bệnh cần được hỗ trợ hoàn toàn trong giao tiếp, hiểu câu nói đơn giản (57,1%), thể hiện nhu cầu (56%), hiểu cử chỉ và dấu hiệu khi giao tiếp (56%), nhu cầu hỗ trợ để nói được (57,1%), Có 14,3-16,7% người bệnh cần hỗ trợ một phần, trong khi tỷ lệ không cần hỗ trợ dao động từ 27,4-28,6%.

Bảng 7. Phân loại nhu cầu PHCN trong nhóm nhu cầu về vận động (n = 84)

Nhu cầu PHCN	Có nhu cầu				Không có nhu cầu	
	Mức độ 2		Mức độ 1		Mức độ 0	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ngồi	68	81,0	15	17,9	1	1,2
Đứng	68	81,0	15	17,9	1	1,2
Di chuyển được trong phòng bệnh	68	81,0	15	17,9	1	1,2
Đi bộ được ít nhất 10 bước	68	81,0	15	17,9	1	1,2
Có đau lưng đau khớp	68	81,0	14	16,7	2	2,4

Phần lớn người bệnh cần hỗ trợ hoàn toàn trong các hoạt động vận động cơ bản như ngồi, đứng, di chuyển trong phòng, đi bộ ít nhất 10 bước và kiểm soát đau khớp với 81%; có 16,7-17,9% người bệnh cần hỗ trợ một phần, trong khi tỷ lệ không cần hỗ trợ rất thấp (1,2-2,4%).

3.4. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc, nhu cầu PHCN của người bệnh rối loạn nuốt sau đột quỵ cấp

Bảng 8. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc của người bệnh

Yếu tố		Có nhu cầu		Không có nhu cầu		OR hiệu chỉnh (95% CI)	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Tuổi	< 65 tuổi (n = 67)	4	6,0	63	94,0	0,206 (0,046-0,933)	0,277
	≥ 65 tuổi (n = 17)	4	23,5	13	76,5		
Giới tính	Nam (n = 53)	47	88,7	6	11,3	0,54 (0,102-2,858)	0,463
	Nữ (n = 31)	29	93,5	2	6,5		
Nghề nghiệp	Nông dân/công nhân (n = 10)	9	90,0	1	10,0	0,94 (0,103-8,553)	0,03
	Tự do/hưu trí (n = 74)	67	90,5	7	9,5		
Tiền sử bệnh	Có đột quỵ não (n = 33)	31	93,9	2	6,1	2,067 (0,391-10,91)	0,02
	Không có đột quỵ (n = 51)	45	88,2	6	11,8		

Nhóm bệnh nhân là nông dân/công nhân có nhu cầu chăm sóc cao gấp 0,94 lần so với nhóm nghề lao động tự do/hưu trí, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tiền sử có đột quỵ não trước đó có nhu cầu chăm sóc cao gấp 2,067 lần nhóm không có tiền sử đột quỵ trước đó, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 9. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu PHCN sinh hoạt hàng ngày (n = 84)

Yếu tố		Có nhu cầu		Không có nhu cầu		OR hiệu chỉnh (95% CI)	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Tuổi	≥ 65 tuổi (n = 67)	67	100	0	0	0,882 (0,742-1,050)	0,04
	< 65 tuổi (n = 17)	15	88,2	2	11,7		
Giới tính	Nam (n = 53)	53	100	0	0	1,069 (0,975-1,172)	0,041
	Nữ (n = 31)	29	93,5	2	6,5		
Nghề nghiệp	Nông dân/công nhân (n = 74)	74	100	0	0	1,028 (0,989-1,680)	0,277
	Tự do/hưu trí (n = 10)	8	80,0	2	20,0		
Tiền sử bệnh	Có đột quỵ não (n = 33)	33	100	0	0	1,041 (0,985-1,1)	0,250
	Không có đột quỵ (n = 51)	49	96,1	2	3,9		

Yếu tố tuổi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với nhu cầu PHCN sinh hoạt hằng ngày, nhóm người bệnh ≥ 65 tuổi có nhu cầu PHCN cao hơn 0,882 lần so với nhóm

dưới 65 tuổi. Bệnh nhân nam giới có nhu cầu PHCN trong sinh hoạt hàng ngày cao gấp 1,069 lần bệnh nhân nữ giới. Sự khác biệt về giới và tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 10. Yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc và PHCN chung

Yếu tố		Có nhu cầu		Không có nhu cầu		OR hiệu chỉnh (95% CI)	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Tuổi	≥ 65 tuổi (n = 67)	67	100	0	0	0,941 (0,836-1,060)	0,046
	< 65 tuổi (n = 17)	16	94,1	1	5,9		
Giới tính	Nam (n = 53)	53	100	0	0	1,033 (0,969-1,102)	0,188
	Nữ (n = 31)	30	96,7	1	3,3		
Nghề nghiệp	Nông dân/công nhân (n = 74)	73	98,6	1	1,4	2,333 (0,388-14,03)	0,346
	Tự do/hưu trí (n = 10)	10	100	0	0		
Tiền sử bệnh	Có đột quỵ não (n = 33)	33	100	0	0	1,020 (0,981-1,060)	0,418
	Không có đột quỵ (n = 51)	50	98,0	1	2,0		

Nhóm ≥ 65 tuổi vẫn có nhu cầu PHCN vận động cao hơn gấp 0,941 lần so với nhóm dưới 65 tuổi, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không xác định mối liên quan giữa giới tính, nghề nghiệp và tiền sử bệnh lý của người bệnh với nhu cầu chăm sóc và PHCN chung ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh trong nghiên cứu thuộc nhóm tuổi ≥ 65 (75%), với tuổi trung bình là $70 \pm 11,3$. Đây là một đặc điểm quan trọng, phản ánh đúng xu hướng dịch tễ của đột quỵ hiện nay. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (2019), nguy cơ mắc đột quỵ tăng rõ rệt từ sau 55 tuổi và tăng gấp đôi sau mỗi thập kỷ [6]. Một số nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân đột quỵ thường dao động từ 68-72 tuổi [1-2], khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Về giới tính, nghiên cứu này ghi nhận nam giới chiếm tỷ lệ 62,5%, cao hơn so với nữ (37,5%); kết quả này phù hợp với nhiều công trình quốc tế, trong đó Smith A và cộng sự (2018) báo cáo nam giới có nguy cơ mắc đột quỵ cao hơn nữ ở hầu hết các nhóm tuổi, đặc biệt trong

độ tuổi trung niên và cao tuổi [7]. Ngoài ra, yếu tố nghề nghiệp cũng có vai trò nhất định đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và tuân thủ điều trị. Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân có nghề nghiệp là lao động tự do hoặc đã nghỉ hưu. Điều này tương đồng với nhận định của Võ Hoàng Nghĩa và cộng sự (2020), rằng người bệnh là lao động tự do (tương đương trình độ học vấn thấp) thường khó tiếp cận thông tin y tế và ít có khả năng thực hành các biện pháp phòng ngừa [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh lý nền phổ biến nhất ở người bệnh là tăng huyết áp (45,8%), rung nhĩ (35,8%), cùng với một số bệnh lý khác như bệnh lý van tim và đái tháo đường. Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân đột quỵ trong nghiên cứu này mang nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch đồng thời, góp phần làm tăng mức độ nặng của bệnh cũng như nguy cơ xuất hiện biến chứng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (2019), tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu của đột quỵ, chiếm hơn 46% gánh nặng toàn cầu [6]. Martino R và cộng sự (2005) cũng ghi nhận rằng khoảng 80-90% bệnh nhân đột quỵ có tiền sử tăng

huyết áp [8]. Điều này cho thấy kiểm soát huyết áp hiệu quả vẫn là chiến lược quan trọng nhất trong phòng ngừa đột quỵ.

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn nuốt ngay từ giai đoạn cấp tương đối cao, chiếm 84/120 người bệnh (70%). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Mann G và cộng sự (1999), cho thấy có tới 45-60% bệnh nhân đột quỵ xuất hiện rối loạn nuốt trong tuần đầu tiên [9].

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ rối loạn nuốt ở mức nặng chiếm ưu thế (51,7%), mức trung bình 15,8% và nhẹ chỉ 2,5%. Đây là một phát hiện đáng chú ý vì tỷ lệ rối loạn nuốt nặng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Martino R và cộng sự (2005), khoảng 50% bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt, trong đó tỷ lệ rối loạn nuốt nặng chiếm 30-40% [8]. Nghiên cứu của Mann G và cộng sự tại Anh (1999) ghi nhận khoảng 55% bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt, nhưng chỉ 20% trong số này ở mức độ nặng [9]. Như vậy, tỷ lệ 70% bệnh nhân rối loạn nuốt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu ở nước ngoài.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng, bệnh nhân sau đột quỵ có rối loạn nuốt thường gặp phải nhu cầu chăm sóc rất cao và đa dạng, trải rộng trên nhiều khía cạnh khác nhau của đời sống hàng ngày. Rối loạn nuốt không chỉ là một biểu hiện đơn lẻ của tổn thương thần kinh mà còn kéo theo hàng loạt các vấn đề y tế, xã hội và tâm lý phức tạp, tạo thành một chuỗi tác động liên tục ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (2019), tư thế đúng không chỉ giúp hô hấp và tuần hoàn tốt hơn, mà còn làm giảm nguy cơ hít sặc ở bệnh nhân rối loạn nuốt. Trong thực hành lâm sàng, tư thế nằm đầu cao 30-45 độ, thay đổi tư thế mỗi 2 giờ và ngồi dậy sớm khi có thể, được xem là những biện pháp cơ bản nhưng thiết yếu, đòi hỏi sự phối hợp liên tục từ nhân viên y tế và người chăm sóc. Martino R và cộng sự (2005) nhấn mạnh rằng suy dinh dưỡng là biến chứng thường gặp, ảnh hưởng tới 16-62% bệnh nhân đột quỵ, và rối loạn nuốt là yếu tố nguy cơ hàng đầu. Việc cung cấp dinh dưỡng đúng cách không chỉ giúp người bệnh duy trì cân bằng năng lượng mà còn hỗ trợ quá trình phục hồi thần kinh, sửa chữa tổn thương tế bào não và cải thiện khả năng đáp ứng với PHCN.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng tiền sử đột quỵ là một yếu tố có liên quan đáng kể đến nhu cầu chăm sóc ở người bệnh, với mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$). Cụ thể, bệnh nhân có tiền sử đột quỵ tái phát thường có nhu cầu chăm sóc toàn diện hơn so với nhóm mới mắc lần đầu, bệnh nhân bị đột quỵ lần thứ hai có thời gian nằm viện dài hơn, mức độ tàn phế cao hơn và nguy cơ cần chăm sóc dài hạn lớn hơn so với những bệnh nhân mới mắc đột quỵ lần đầu.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City rất cao, trong đó nhóm rối loạn nuốt nặng chiếm 51,7% người bệnh, rối loạn nuốt trung bình chiếm 15,8%, rối loạn nuốt nhẹ chiếm 2,5%.

Đa số người bệnh cần được hỗ trợ hoàn toàn trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (76,2-77,4%); trong giao tiếp (57,1%); trong các hoạt động vận động cơ bản (81%).

Một số yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt nhưng chưa có ý nghĩa thống kê như tuổi, giới tính.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Vân, Phạm Văn Minh. 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 Y học Việt Nam, 2021, 507 (1): 240-244. doi: 10.51298/vmj.v507i1.1368
- [2] Võ Hoàng Nghĩa và cộng sự. Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày người bệnh đột quỵ não khi xuất viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2020. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 2021, 16 (1): 135-143, doi: 10.52389/ydls.v16i1.704
- [3] Velasco L.C, Imamura R et al. Sensitivity and specificity of bedside screening tests for detection of aspiration in patients admitted to a public rehabilitation hospital. Dysphagia, 2021, 36 (5): 821-830. doi: 10.1007/s00455-020-10198-9.
- [4] National Health Service in Scotland Quality Improvement Scotland, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN, 2010, pp. 78-84. <http://resource.nlm.nih.gov/101609300>
- [5] Bộ Y tế. Quyết định số 5331/QĐ-BYT, ngày 23/12/2020, về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não”.
- [6] World Health Organization. Global Health Estimates: Stroke burden worldwide, Geneva, 2019, pp. 33-44.
- [7] Smith A, Johnson B, Lee C. Gender differences in stroke incidence and outcomes. Stroke, 2018, pages 57-88, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2992642/>
- [8] Martino R et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke, 2005, 36 (12): 2756-63. 35-56. doi: 10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb.
- [9] Mann G, Hankey G.J, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. Stroke, 1999, 30 (4): 744-8. doi: 10.1161/01.str.30.4.744.

