Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 10, 158-162

APPLICATION OF OROESOPHAGEAL TUBE FEEDING IN STROKE PATIENTS WITH MODERATE DYSPHAGIA

Nguyen Dang Cuong, Do Duc Thuan, Dang Phuc Duc, Nguyen Dang Hai, Do Duc Anh*, Tran Minh Tuan, Hoang Dinh Huan

Military Hospital 103 - 261 Phung Hung, Ha Dong ward, Hanoi city, Vietnam

Received: 27/8/2026
Reviced: 10/9/2026; Accepted:

ABSTRACT

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the outcomes of oroesophageal tube feeding in stroke patients with moderate dysphagia.

Subjects and methods: This was a prospective, singlegroup, prepost study conducted at Stroke Department, Military Hospital 103 from August 2025 to May 2026, involving 48 stroke patients with a GCS ≥ 12 points and GUSS of 10-14 points. All patients received enteral nutrition via an oroesophageal tube combined with a swallowing rehabilitation program for two weeks.

Results: Mean age was 72.3 ± 10.8 years; 56.3% were male. Tube placement took 4.8 ± 2.1 minutes and 1.4 ± 0.6 attempts. Pain occurred in 47.9%, nausea/vomiting and coughing/choking in 35.4%, cyanosis/dyspnea in 4.2%; abdominal distension and tube obstruction each occurred in 33.3%. After 2 weeks, GUSS increased from 11.8 ± 1.3 points to 18.1 ± 1.9 points ($p < 0.001$), GCS increased to 14.7 ± 0.6 points, and NIHSS decreased to 10.3 ± 5.2 points (both $p = 0.001$). Body weight and albumin showed statistically significant increases; in exploratory analysis, age was inversely associated with ΔGUSS. Patient satisfaction reached a mean score of 4.0 ± 0.6 on a 5-point scale.

Conclusion: In stroke patients with moderate dysphagia who retained sufficient ability to cooperate, oroesophageal tube feeding combined with swallowing rehabilitation was feasible to implement, and improvement in swallowing function was observed after 2 weeks. However, because this was an uncontrolled pre-post study, the observed improvement cannot be attributed specifically to oroesophageal tube feeding.

Keywords: Stroke, dysphagia, GUSS, oroesophageal tube, nutrition.

*Corresponding author
Email: dr.doducanh.stroke103@gmail.com **Phone**: (+84) 368691068 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

ỨNG DỤNG NUÔI ĂN BẰNG ỐNG THÔNG MIỆNG - THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NÃO CÓ RỐI LOẠN NUỐT MỨC ĐỘ TRUNG BÌNH

Nguyễn Đăng Cương, Đỗ Đức Thuần, Đặng Phúc Đức, Nguyễn Đăng Hải, Đỗ Đức Anh*, Trần Minh Tuân, Hoàng Đình Huấn

Bệnh viện Quân y 103 - 261 Phùng Hưng, phường Hà Đông, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/8/2026
Ngày chỉnh sửa: 10/9/2026; Ngày duyệt đăng:

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả ứng dụng nuôi ăn bằng ống thông miệng - thực quản ở bệnh nhân đột quỵ não có rối loạn nuốt mức độ trung bình.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, một nhóm, đánh giá trước - sau tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103 (8/2025-5/2026) trên 48 bệnh nhân đột quỵ, GCS ≥ 12 điểm, GUSS 10-14 điểm. Người bệnh được nuôi ăn bằng ống thông miệng - thực quản kết hợp phục hồi chức năng nuốt trong 2 tuần.

Kết quả: Tuổi trung bình 72,3 ± 10,8; nam 56,3%. Thời gian đặt ống 4,8 ± 2,1 phút, số lần đặt đến thành công 1,4 ± 0,6. Đau khi đặt gặp ở 47,9%, buồn nôn/nôn và ho/sặc cùng 35,4%, tím tái/khó thở 4,2%; đầy bụng và tắc ống cùng 33,3%. Sau 2 tuần, GUSS tăng từ 11,8 ± 1,3 điểm lên 18,1 ± 1,9 điểm ($p < 0,001$), GCS tăng lên 14,7 ± 0,6 điểm và NIHSS giảm còn 10,3 ± 5,2 điểm (đều có $p = 0,001$). Cân nặng và albumin tăng có ý nghĩa; tuổi tương quan nghịch với cải thiện GUSS. Điểm hài lòng đạt 4,0 ± 0,6/5 điểm.

Kết luận: Ở nhóm bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt mức độ trung bình còn khả năng hợp tác, nuôi ăn bằng ống thông miệng - thực quản kết hợp phục hồi chức năng nuốt có thể triển khai và ghi nhận sự cải thiện chức năng nuốt sau 2 tuần. Do thiết kế trước - sau không nhóm chứng, chưa thể quy kết mức cải thiện quan sát được là hiệu quả riêng của ống thông miệng - thực quản.

Từ khóa: Đột quỵ não, rối loạn nuốt, GUSS, ống thông miệng - thực quản, dinh dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nuốt là một biến chứng thường gặp sau đột quỵ, có thể gặp ở khoảng 30-80% người bệnh tùy thời điểm và phương pháp đánh giá. Tình trạng này làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng, mất nước, viêm phổi hít, kéo dài thời gian nằm viện và ảnh hưởng bất lợi đến kết cục chức năng [1-2]. Vì vậy, sàng lọc rối loạn nuốt sớm, lựa chọn đường nuôi dưỡng phù hợp và phục hồi chức năng nuốt là những thành phần quan trọng trong chăm sóc bệnh nhân đột quỵ.

Ở những bệnh nhân chưa thể ăn uống an toàn qua đường miệng, nuôi dưỡng qua ống thông thường được chỉ định. Ống thông miệng - thực quản (oroesophageal - OE) là phương pháp đưa ống thông qua đường miệng vào thực quản trong mỗi lần nuôi ăn và rút ống sau khi kết thúc. Phương pháp này tránh việc lưu ống liên tục qua đường mũi - hầu và đã được nghiên cứu như một lựa chọn hỗ trợ dinh dưỡng ở bệnh nhân rối loạn nuốt sau đột quỵ [3].

Một số nghiên cứu cho thấy ống thông OE hoặc các phương pháp nuôi ăn ngắt quãng có thể liên quan đến cải thiện chức năng nuốt và khả năng dung nạp ở một số nhóm bệnh nhân [4-5]. Tuy nhiên, việc áp dụng kỹ thuật này đòi hỏi người bệnh còn khả năng hợp tác và nhân viên thực hiện được đào tạo phù hợp. Tại Việt Nam, dữ liệu thực hành về ống thông OE ở bệnh nhân đột quỵ còn hạn chế.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt mức độ trung bình, đánh giá tính khả thi và khả năng dung nạp của nuôi ăn bằng ống thông OE, đồng thời khảo sát sự thay đổi chức năng nuốt sau 2 tuần áp dụng ống thông OE kết hợp phục hồi chức năng nuốt tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 48 bệnh nhân đột quỵ điều trị tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 8/2025 đến tháng 5/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán đột quỵ dựa trên lâm sàng và CT hoặc MRI sọ não, ở giai đoạn cấp hoặc bán cấp; tình trạng toàn thân và dấu hiệu sinh tồn ổn định; còn khả năng hợp tác, GCS ≥ 12 điểm, rối loạn nuốt mức độ trung bình theo thang điểm GUSS từ 10-14 điểm, có đầy đủ dữ liệu nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có bệnh lý thần kinh khác hoặc tổn thương cấu trúc vùng miệng, hầu, thanh quản có thể gây rối loạn nuốt; suy giảm nhận thức nặng ảnh hưởng đến khả năng phối hợp, đã được can thiệp phục hồi chức năng nuốt bằng phương pháp khác trước khi tham gia nghiên cứu, tình trạng toàn thân không ổn định; hoặc có chống chỉ định/nguy cơ cao khi thực hiện kỹ thuật ống thông OE.

*Tác giả liên hệ
Email: dr.doducanh.stroke103@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 368691068 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, một nhóm, đánh giá trước - sau, với thời gian theo dõi 2 tuần. Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu cho đến khi kết thúc thời gian thu nhận mẫu.

Thời điểm T1 được xác định khi bắt đầu áp dụng nuôi ăn bằng ống thông OE, thời điểm T2 là thời điểm đánh giá lại sau 2 tuần.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Can thiệp và đánh giá kết cục lâm sàng

Tất cả bệnh nhân được điều trị đột quỵ theo phác đồ thường quy của bệnh viện, đồng thời được áp dụng nuôi ăn bằng ống thông OE và chương trình phục hồi chức năng nuốt. Ống thông OE kích thước 16-18 Fr được đưa qua đường miệng vào thực quản. Sau khi xác nhận vị trí ống, thức ăn dạng lỏng được đưa qua ống với tốc độ tăng dần tùy khả năng dung nạp, tối đa khoảng 50 ml/phút. Sau mỗi lần nuôi ăn, ống được rút, làm sạch và bảo quản theo quy trình.

Trong quá trình đặt ống và nuôi ăn, bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ các biểu hiện lâm sàng. Kỹ thuật được ngừng khi xuất hiện dấu hiệu nghi ngờ hít sặc, suy hô hấp hoặc các biểu hiện không dung nạp có nguy cơ ảnh hưởng đến an toàn người bệnh.

Chương trình phục hồi chức năng nuốt được thực hiện 2 lần/ngày. Kết cục chính của nghiên cứu là mức thay đổi điểm GUSS sau 2 tuần, được xác định bằng hiệu số giữa GUSS tại T2 và GUSS tại T1 theo công thức: ΔGUSS = GUSS(T2) - GUSS (T1).

Các kết cục khác bao gồm đặc điểm thực hiện kỹ thuật ống thông OE; các biểu hiện liên quan đến khả năng dung nạp trong quá trình đặt ống và nuôi ăn; thay đổi GCS, NIHSS, cân nặng, BMI, protein toàn phần, albumin và điện giải; mức độ hài lòng sau quá trình áp dụng kỹ thuật. Mức độ hài lòng được đánh giá theo thang 5 điểm, điểm cao hơn thể hiện mức độ hài lòng cao hơn.

2.4. Xử lý số liệu và đạo đức nghiên cứu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị, tùy theo phân bố; các biến định tính được trình bày bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. So sánh các biến định lượng giữa hai thời điểm trên cùng bệnh nhân sử dụng kiểm định t ghép cặp khi dữ liệu có phân bố phù hợp; so sánh giữa hai nhóm độc lập sử dụng kiểm định t độc lập. Các biến định tính được so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact khi phù hợp. Mối liên quan giữa các biến liên tục với ΔGUSS được khảo sát bằng phân tích tương quan và/hoặc hồi quy tuyến tính đơn; các phân tích yếu tố liên quan được xem là phân tích thăm dò. Các phép kiểm hai phía với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân y 103 chấp thuận theo Quyết định số 89/HĐĐĐ ngày 19/8/2025.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm đột quỵ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung, lâm sàng và đặc điểm đột quỵ của đối tượng nghiên cứu (n = 48)

Đặc điểm		Kết quả
Tăng huyết áp		34 (70,8%)
Đái tháo đường		10 (20,8%)
Đột quỵ cũ		15 (31,3%)
Nhồi máu não		30 (62,5%)
Chảy máu não		16 (33,3%)
Chảy máu dưới nhện		2 (4,2%)
NIHSS ban đầu	$\bar{X}$ ± SD (điểm)	13,7 ± 5,6
	Min-max (điểm)	3-28
GCS trung bình ban đầu (điểm)		13,7 ± 1,2
GUSS trung bình ban đầu (điểm)		11,8 ± 1,3
BMI ban đầu	$\bar{X}$ ± SD (kg/m^2)	21,9 ± 2,4
	Min-max (kg/m^2)	17,1-27,6

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 72,3 ± 10,8 tuổi; nam giới chiếm 56,3%. Tăng huyết áp gặp ở 70,8% bệnh nhân, đái tháo đường 20,8% và tiền sử đột quỵ 31,3%. Nhồi máu não chiếm 62,5%, chảy máu não 33,3% và chảy máu dưới nhện 4,2%. Điểm NIHSS ban đầu trung bình là 13,7 ± 5,6 điểm, GCS 13,7 ± 1,2 điểm và GUSS 11,8 ± 1,3 điểm. BMI ban đầu trung bình là 21,9 ± 2,4 kg/m^2.

3.2. Đặc điểm kỹ thuật và khả năng dung nạp

Bảng 2. Đặc điểm kỹ thuật và các triệu chứng ghi nhận trong quá trình nuôi ăn bằng ống thông OE (n = 48)

Chỉ số/triệu chứng	Kết quả
Thời gian đặt lần đầu (phút)	4,8 ± 2,1
Số lần đặt đến thành công	1,4 ± 0,6
Độ dài ống (cm)	34,0 ± 2,0
Đau khi đưa ống vào	23 (47,9%)
Buồn nôn/nôn khi đặt	17 (35,4%)
Ho/sặc khi đặt	17 (35,4%)
Cắn ống/không hợp tác	9 (18,8%)
Tím tái/khó thở	2 (4,2%)
Đầy bụng khi duy trì	16 (33,3%)
Tắc ống	16 (33,3%)
Buồn nôn/nôn sau ăn	13 (27,1%)
Trào ngược dạ dày - thực quản	10 (20,8%)
Loét vùng cố định ống	0
Mức độ hài lòng (điểm)	4,0 ±0,6

Thời gian đặt ống trung bình là 4,8 ± 2,1 phút và số lần đặt đến thành công là 1,4 ± 0,6 lần. Đau khi đưa ống vào gặp ở 47,9%; buồn nôn/nôn và ho/sặc cùng chiếm 35,4%; tím tái/khó thở gặp ở 4,2%. Trong quá trình nuôi ăn, đầy bụng và tắc ống cùng chiếm 33,3%, trào ngược dạ dày - thực quản chiếm 20,8%; không ghi nhận loét vùng cố định ống. Điểm hài lòng trung bình là 4,0 ±0,6/5 điểm.

3.3. Thay đổi chức năng nuốt, thần kinh và dinh dưỡng

Bảng 3. Thay đổi chức năng nuốt, tình trạng thần kinh và các chỉ số dinh dưỡng sau 2 tuần (n = 48)

Chỉ số	T1 (ban đầu)	T2 (sau 2 tuần)	p
GUSS (điểm)	11,8 ± 1,3	18,1 ±1,9	< 0,001
GCS (điểm)	13,7 ± 1,2	14,7 ± 0,6	0,001
NIHSS (điểm)	13,7 ± 5,6	10,3 ± 5,2	0,001
Cân nặng (kg)	56,0 ± 8,4	56,3 ± 8,5	0,022

Chỉ số	T1 (ban đầu)	T2 (sau 2 tuần)	p
BMI (kg/m^2)	21,9 ± 2,4	22,2 ± 2,6	0,069
Protein (g/L)	71,7 ± 6,2	72,6 ± 6,4	0,079
Albumin (g/L)	34,0 ± 4,1	35,9 ± 4,9	0,004
Na^+ (mmol/L)	138,6 ± 4,6	138,7 ± 5,0	0,963
K^+ (mmol/L)	3,5 ± 0,5	3,6 ± 0,6	0,133

Sau 2 tuần, điểm GUSS tăng từ 11,8 ± 1,3 điểm lên 18,1 ± 1,9 điểm (p < 0,001). Điểm GCS tăng từ 13,7 ± 1,2 điểm lên 14,7 ± 0,6 điểm và NIHSS giảm từ 13,7 ± 5,6 điểm xuống 10,3 ± 5,2 điểm, đều có ý nghĩa thống kê (p = 0,001). Cân nặng tăng từ 56,0 ± 8,4 kg lên 56,3 ± 8,5 kg (p = 0,022) và albumin tăng từ 34,0 ± 4,1 g/L lên 35,9 ± 4,9 g/L (p = 0,004). BMI, protein toàn phần, Na^+ và K^+ không thay đổi có ý nghĩa thống kê sau 2 tuần (p > 0,05).

3.4. Một số yếu tố liên quan đến mức thay đổi điểm GUSS sau 2 tuần

Bảng 4. So sánh ΔGUSS theo các đặc điểm lâm sàng

Yếu tố	Nhóm	ΔGUSS (điểm)	p
Giới tính	Nam	6,4 ± 2,1	0,714
	Nữ	6,1 ± 2,2	
Đái tháo đường	Có	6,0 ± 2,1	0,652
	Không	6,3 ± 2,1	
Vị trí tổn thương	Thân não	6,5 ± 1,9	0,745
	Vị trí khác	6,2 ± 2,2	
Thể đột quỵ	Chảy máu não	6,6 ± 2,4	0,442
	Nhồi máu não	6,1 ± 1,9	
Tăng huyết áp	Có	6,1 ± 2,1	0,299
	Không	6,8 ± 2,1	

Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về ΔGUSS theo giới tính, tình trạng đái tháo đường, vị trí tổn thương, thể đột quỵ hoặc tăng huyết áp (p > 0,05).

Bảng 5. Mối liên quan giữa các biến liên tục và ΔGUSS

Yếu tố liên tục	Hệ số	R^2	p
Tuổi	B = -0,065	0,111	0,021
NIHSS ban đầu	r = 0,152	0,023	0,302

Tuổi có mối liên quan nghịch với ΔGUSS (B = -0,065; R^2 = 0,111; p = 0,021), trong khi NIHSS ban đầu không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với ΔGUSS (r = 0,152; p = 0,302).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm quần thể nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, có mức độ thiếu hụt thần kinh đáng kể và rối loạn nuốt mức độ trung bình. Đây là nhóm còn khả năng hợp tác, phù hợp với yêu cầu thực hiện kỹ thuật ống thông OE. Tiêu chuẩn lựa chọn tương đối chặt giúp quần thể nghiên cứu đồng nhất hơn, nhưng đồng thời giới hạn khả năng ngoại suy kết quả cho những bệnh nhân rối loạn nuốt nặng, giảm ý thức hoặc không có khả năng hợp tác.

Các bệnh lý nền thường gặp và sự khác biệt về thể đột quỵ cũng có thể ảnh hưởng đến quá trình hồi phục chức năng nuốt [6-7]. Do đó, khi đánh giá kết quả của phương pháp ống thông OE cần xem xét đồng thời đặc điểm bệnh nhân, mức độ tổn thương thần kinh và quá trình hồi phục tự nhiên sau đột quỵ, thay vì chỉ tập trung vào phương pháp nuôi dưỡng.

4.2. Tính khả thi và khả năng dung nạp của kỹ thuật ống thông OE

Kết quả cho thấy kỹ thuật ống thông OE có thể được thực hiện ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp, với thời gian đặt ống trung bình 4,8 ± 2,1 phút và số lần đặt đến thành công trung bình 1,4 ± 0,6 lần. Các nghiên cứu trước đây cũng đã ghi nhận khả năng áp dụng ống thông OE hoặc các hình thức nuôi ăn ngắt quãng ở bệnh nhân rối loạn nuốt sau đột quỵ [3-5]; tuy nhiên, sự khác biệt về đối tượng, quy trình và thiết kế nghiên cứu cần được lưu ý khi so sánh trực tiếp.

Tuy nhiên, trong quá trình đặt và nuôi ăn vẫn ghi nhận các biểu hiện như đau, buồn nôn/nôn, ho/sặc, tím tái/khó thở, đầy bụng và tắc ống. Vì vậy, việc lựa chọn bệnh nhân, theo dõi đường thở, chuẩn hóa thức ăn, tốc độ bơm và bơm rửa ống là cần thiết khi áp dụng kỹ thuật.

4.3. Thay đổi chức năng nuốt

Sau 2 tuần, điểm GUSS của nhóm nghiên cứu tăng có ý nghĩa thống kê so với ban đầu. Kết quả này cùng chiều với một số nghiên cứu về ống thông OE, nuôi ăn ngắt quãng và phục hồi chức năng nuốt ở bệnh nhân sau đột quỵ [8]. Tuy nhiên, sự tương đồng về xu hướng không đồng nghĩa với hiệu quả riêng của ống thông OE do khác biệt về thiết kế và các can thiệp phối hợp.

Tuy nhiên, cần thận trọng khi diễn giải mức cải thiện điểm GUSS. Trong nghiên cứu này, ống thông OE được thực hiện đồng thời với điều trị đột quỵ thường quy và phục hồi chức năng nuốt. Tình trạng thần kinh của người bệnh cũng cải thiện trong thời gian theo dõi. Do đó, sự thay đổi GUSS có thể phản ánh tác động tổng hợp của hồi phục thần kinh tự nhiên, điều trị nền, phục hồi chức năng nuốt và hỗ trợ dinh dưỡng. Với thiết kế một nhóm trước - sau không có nhóm chứng, chưa thể xác định hiệu quả độc lập của ống thông OE.

4.4. Dinh dưỡng và các chỉ số toàn thân

Sau 2 tuần, cân nặng và albumin tăng có ý nghĩa thống kê; trong khi BMI, protein toàn phần và điện giải không thay đổi có ý nghĩa. Các thay đổi này cần được diễn giải thận trọng vì thời gian theo dõi ngắn; cân nặng ở bệnh nhân đột quỵ cấp có thể chịu ảnh hưởng của cân bằng dịch, còn albumin không phải là chỉ dấu đặc hiệu cho lượng dinh dưỡng được cung cấp mà còn chịu ảnh hưởng của phản ứng viêm, tình trạng dịch và mức độ bệnh cấp [2-4].

4.5. Các yếu tố liên quan đến hồi phục chức năng nuốt

Phân tích thăm dò cho thấy tuổi có mối liên quan nghịch với mức thay đổi điểm GUSS. Tuy nhiên, khả năng giải thích biến thiên của mô hình còn hạn chế (R^2 = 0,111). Kết quả này cần được diễn giải thận trọng do cỡ mẫu nhỏ, phân tích chủ yếu đơn biến và chưa hiệu chỉnh đồng thời các yếu tố nhiễu tiềm tàng hoặc điểm GUSS ban đầu.

Phục hồi chức năng nuốt sau đột quỵ có thể chịu ảnh hưởng đồng thời của tuổi, vị trí và mức độ tổn thương não, mức độ thiếu hụt thần kinh, bệnh đồng mắc, khả năng hợp tác và quá trình phục hồi chức năng [6-8]. Vì vậy, một yếu tố đơn lẻ khó có thể giải thích đầy đủ sự khác biệt về mức hồi phục giữa các bệnh nhân.

4.6. Ý nghĩa thực hành và hạn chế

Ống thông OE có thể được cân nhắc như một phương pháp hỗ trợ nuôi dưỡng tạm thời ở bệnh nhân đột quỵ có

rối loạn nuốt mức độ trung bình, còn tỉnh và có khả năng hợp tác. Việc triển khai cần dựa trên quy trình thống nhất về lựa chọn bệnh nhân, kỹ thuật đặt và xác nhận vị trí ống, chuẩn bị thức ăn, bơm rửa và theo dõi đường thở.

Nghiên cứu này có một số hạn chế: thực hiện tại một trung tâm, cỡ mẫu còn nhỏ, không có nhóm chứng, thời gian theo dõi ngắn và ống thông OE được thực hiện đồng thời với điều trị đột quỵ và phục hồi chức năng nuốt. Vì vậy, chưa thể xác định hiệu quả riêng của ống thông OE. Các nghiên cứu có nhóm đối chứng, cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để đánh giá đầy đủ hiệu quả và độ an toàn của phương pháp.

5. KẾT LUẬN

Dữ liệu nghiên cứu cho thấy nuôi ăn bằng ống thông OE có thể được thực hiện ở bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt mức độ trung bình, còn tỉnh và có khả năng hợp tác. Trong quá trình áp dụng, cần theo dõi các biểu hiện liên quan đến khả năng dung nạp, đường thở, tiêu hóa và hoạt động của ống.

Sau 2 tuần áp dụng ống thông OE kết hợp phục hồi chức năng nuốt và điều trị đột quỵ thường quy, nhóm nghiên cứu ghi nhận điểm GUSS và GCS tăng, điểm NIHSS giảm so với thời điểm ban đầu; cân nặng và albumin cũng tăng có ý nghĩa thống kê. Tuổi cao hơn liên quan với mức thay đổi GUSS thấp hơn trong phân tích thăm dò.

Do nghiên cứu không có nhóm đối chứng và ống thông OE được thực hiện đồng thời với các biện pháp điều trị và phục hồi chức năng khác, chưa thể xác định mức độ đóng góp độc lập của ống thông OE vào những thay đổi quan sát được. Cần các nghiên cứu đối chứng với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và quy trình can thiệp được chuẩn hóa để đánh giá đầy đủ hiệu quả, khả năng dung nạp và độ an toàn của phương pháp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Song W, Wu M et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of dysphagia after stroke: a systematic review and meta - analysis. Front Neurol, 2024, 15: 1403610. doi: 10.3389/fneur.2024.1403610.

[2] Sabbouh T, Torbey M.T. Malnutrition in stroke patients: risk factors, assessment, and management. Neurocrit Care, 2018, 29 (3): 374-384. doi: 10.1007/s12028-017-0436-1

[3] Park J.W, Park K.D et al. Comparison of tube feeding in stroke patients: Nasogastric tube feeding versus oroesophageal tube feeding - a pilot study. Medicine (Baltimore), 2019, 98 (30): e16472. doi: 10.1097/MD.0000000000016472.

[4] Zeng H, Zhao W et al. Effect of intermittent oroesophageal tube feeding in bulbar palsy after ischemic stroke: a randomized controlled study. Stroke, 2024, 55 (5): 1142-1150. doi: 10.1161/STROKEAHA.123.046122.

[5] Wu C, Zhu X et al. Intermittent tube feeding for stroke patients with dysphagia: a meta - analysis and systematic review. Ann Palliat Med, 2021 10 (7): 7406-7415. doi: 10.21037/apm-21-736.

[6] 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. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.483933.

[7] Martino R, Foley N et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. Stroke, 2005, 36 (12): 2756-2763. doi: 10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb

[8] Nguyen Thi Thu Hien, Tran Huu Thong et al. The effect of behavioral therapy on dysphagia of acute ischemic stroke patients feeding with a nasogastric tube. PLoS One, 2024, 19 (4): e0299068. doi: 10.1371/journal.pone.0299068.