

(2009) ghi nhận tỉ lệ hạ canxi máu thoáng qua là 41,5%, suy tuyến cận giáp vĩnh viễn là 1,2%; giảm canxi có triệu chứng lâm sàng là 30,8% và 41,1% các trường hợp giảm canxi cần điều trị [5]. Tác giả Đỗ Quang Trường (2011) cũng ghi nhận tỉ lệ suy cận giáp tạm thời là 3,6% và liệt thần kinh tạm thời là 5,1% [6]. Các biến chứng sớm ở nghiên cứu chúng tôi có cao hơn các nghiên cứu khác có thể do độ rộng phẫu thuật của chúng tôi lớn hơn nhằm mục tiêu phẫu thuật triệt để hơn. Gopal B. Saha (2010) nhận thấy có 30% các trường hợp viêm tuyến mang tai và 10% bị sưng đau vùng cổ xảy ra trong vòng 24 giờ sau uống liều (100-150mCi), tình trạng này giảm dần trong vòng 7 ngày điều này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [7]. Chúng tôi chỉ gặp biến chứng muộn do phẫu thuật là khàn giọng và hạ canxi trong nhóm nghiên cứu với 140 trường hợp hạ canxi (54,5%) và 13 trường hợp còn khàn giọng (5,1%). Các biến chứng thường gặp chủ yếu ở độ 1 và độ 2. Trong khi đó các biến chứng như khô tuyến nước bọt, suy tủy, xơ phổi không ghi nhận thấy. Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả khác trong và ngoài nước khi nhận thấy các biến chứng như khô miệng, xơ hóa phổi, suy tủy, ung thư thứ phát hiếm khi xảy ra khi liều sử dụng I-131 < 1000 mCi [7-10].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy, biến chứng sau phẫu thuật UTTG còn cao và cần có sự xem xét thích hợp. Tuy nhiên biến chứng sau điều trị I-131 là thấp đặc biệt không gặp biến chứng muộn do điều trị I-131 trong nghiên

cứu này, điều này có thể do liều tích lũy của bệnh nhân trong nghiên cứu còn thấp, chưa dẫn đến độc tính cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Giang Châu (2012). Nghiên cứu tỉ lệ phân loại mô bệnh học của ung thư tuyến giáp nguyên phát. Tạp chí Y học thực hành, 806, 36-37.
2. Mai Trọng Khoa (2012). Đánh giá hiệu quả hủy mô tuyến giáp bằng I-131 trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau phẫu thuật. Y học thực hành, 830, 69-73.
3. Bùi Thanh Hùng (2018). Thời gian sống thêm ở bệnh nhân điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 471, 104 - 108.
4. Ryan K. Orosco TH, Kevin T. Brumund et al. Analysis of Age and Disease Status as Predictors of Thyroid Cancer-Specific Mortality Using the Surveillance, Epidemiology, and End Results Database. 2015.
5. Trần Văn Thiệp và cộng sự (2009). Suy tuyến phó giáp sau phẫu thuật cắt giáp. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 13.
6. Đỗ Quang Trường và cộng sự (2011). Đánh giá hiệu quả hủy mô giáp còn lại sau phẫu thuật của I-131 ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Y học thực hành, 12, 83-85.
7. Fundamentals of Nuclear Pharmacy. Version 6th 2010. Springer New York : Imprint: Springer; 2010
8. R. L. Siegel, K. D. Miller and A. Jemal (2017). Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin, 67 (1), 7-30.
9. R. J. Molenaar, S. Sidana, T. Radivoyevitch et al (2018). Risk of Hematologic Malignancies After Radioiodine Treatment of Well-Differentiated Thyroid Cancer. J Clin Oncol, 36 (18), 1831-1839.
10. D. Canale, C. Ceccarelli, C. Caglieresi et al (2015). Effects of radioiodine treatment for differentiated thyroid cancer on testis function. Clin Endocrinol (Oxf), 82 (2), 295-299.

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN 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

Nguyễn Thị Vân^{1,2}, Phạm Văn Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến 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. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp so sánh trước sau được tiến hành trên 33 bệnh nhân đột quỵ não có rối loạn nuốt tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. **Kết quả:** Bệnh nhân khi vào viện có mức độ rối loạn nuốt từ nhẹ đến trung bình, chiếm tỷ lệ 87,9%, chỉ có một lượng nhỏ bệnh nhân có mức độ rối loạn nuốt nặng với tỷ lệ 12,2%. Đánh giá sau 15 ngày can thiệp chưa cho thấy sự khác biệt giữa tuổi và kết quả điều trị ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt giữa giới tính với kết quả điều trị các nhóm không có rối loạn nuốt, rối loạn nuốt mức độ nhẹ, trung bình và nặng. Có sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương bán cầu não phải và bán cầu não trái với kết quả phục hồi rối loạn nuốt ($p < 0,05$). Khác

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024

biệt có ý nghĩa thống kê ở cả 3 thời điểm can thiệp 1-4 tuần ($p < 0,001$); 1-2 tháng ($p = 0,001$) và > 2 tháng ($p < 0,01$) cho thấy việc can thiệp sớm ảnh hưởng đến kết quả điều trị sau 15 ngày. **Kết luận:** Chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương bán cầu não phải và bán cầu não trái với kết quả phục hồi rối loạn nuốt ($p < 0,05$). Thời gian can thiệp nuốt càng sớm khả năng hồi phục rối loạn nuốt càng cao, tỷ lệ hồi phục chức năng nuốt cao hơn ở nhóm bệnh nhân can thiệp sớm dưới 1 tháng. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và giới đến kết quả điều trị.

Từ khóa: Đột quỵ não, rối loạn nuốt, chất làm đặc thức ăn, bài tập nuốt, yếu tố liên quan

SUMMARY

FACTORS RELATED TO RESULTS OF SWALLOWING DISORDERS TREATMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE BY SWALLOWING EXERCISES COMBINED WITH FOOD THICKENERS AGENTS

Objectives: Identifying some factors to results of swallowing disorder treatment in patients with ischemic stroke by swallowing exercises combined with food thickeners agents. **Patients and methodology:** Intervention study comparing before and after treatment was conducted on 33 stroke patients with swallowing disorder at Hanoi Rehabilitation Hospital. **Results:** Patients entering the hospital had mild to moderate swallowing disorders, accounting for 87.9%, with only a small number of patients having severe swallowing disorders, at 12.2%. Evaluation after 15 days of intervention did not show any difference between age and treatment results ($p > 0,05$). There was no difference between genders in the treatment results of the groups without swallowing disorders, mild, moderate and severe swallowing disorders. There is a difference in the rate of damage to the right hemisphere and left hemisphere with the results of swallowing disorder recovery ($p < 0,05$). The difference was statistically significant at all 3 intervention times of 1-4 weeks ($< 0,001$); 1-2 months ($p = 0,001$) and > 2 months ($< 0,01$) show that early intervention affects treatment results after 15 days. **Conclusion:** We found a difference in the rate damage to the right and left hemispheres results in recovery of swallowing disorders ($p < 0,05$). The earlier the swallowing intervention is initiated, the higher the likelihood of recovery from swallowing disorders, and the rate of recovery of swallowing function is higher in the group of patients with early intervention less than 1 month. No relationship between age and gender on treatment outcomes has been found. **Keywords:** ischemic stroke, swallowing disorder, food thickening agents, swallowing exercises, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai (sau bệnh nhồi máu cơ tim) và là nguyên nhân hàng đầu gây khuyết tật trên toàn cầu [1]. Trong năm 2016, trên thế giới có khoảng 80,1 triệu người đột quỵ, trong đó có 13,7 triệu ca mắc mới và 84,4% số ca mắc là

nhồi máu não [2].

Rối loạn nuốt là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân đột quỵ não. Phát hiện sớm rối loạn nuốt không những giúp hạn chế nguy cơ viêm phổi hít mà còn giúp giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, mất nước và rối loạn điện giải, giảm thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong. Vì vậy việc chẩn đoán và điều trị sớm rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não được xem là một trong những biện pháp làm giảm biến chứng cũng như tử vong [3].

Có rất nhiều chiến lược cũng như phương pháp điều trị rối loạn nuốt được đưa ra bao gồm các phương pháp bù trừ, các kỹ thuật phục hồi chức năng, can thiệp xâm nhập và điều trị ngoại khoa. Trong đó, bằng các nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng phục hồi chức năng nuốt được xem là một phương pháp điều trị an toàn và đem lại hiệu quả cao cho người bệnh giúp ngăn ngừa các biến chứng tử do giảm tỷ lệ tử vong một cách đáng kể [4].

Chất làm đặc thường được sử dụng trong quản lý rối loạn nuốt nhằm cải thiện sự kiểm soát nhanh chóng và giúp ngăn ngừa hiện tượng hít sặc. Hiệp hội rối loạn nuốt châu Âu (ESSD) mô tả các bằng chứng từ y văn về tác động mà sự điều chỉnh khối (hoặc viên) thức ăn lên tính sinh lý, hiệu quả và tính an toàn của hoạt động nuốt ở các bệnh nhân rối loạn nuốt giai đoạn hầu họng và kết quả chính đã chỉ ra, tăng độ đặc viên thức ăn dẫn đến tăng tính an toàn của hoạt động nuốt [5].

Để cung cấp thông tin cho cải thiện điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não hiện nay. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu "Tìm hiểu yếu tố liên quan đến 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".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não theo tiêu chuẩn chẩn đoán đang điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội Từ tháng 7/2020 đến tháng 5/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên - Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não lần đầu
- Điểm nhận thức Moca ≥ 23 điểm
- Có rối loạn nuốt (điểm MASA ≤ 177)
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có suy hô hấp phải đặt nội khí quản, rối loạn ý thức
- Bệnh nhân có kèm theo các tổn thương não khác do u não, di căn não, chấn thương sọ

não, nhiễm khuẩn thần kinh, viêm màng não

- Bệnh nhân bị động kinh
- Bệnh nhân có hẹp thực quản, hẹp môn vị

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu can thiệp so sánh trước sau can thiệp

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện trên 33 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội có đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Kỹ thuật thu thập số liệu: Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não lần đầu, chọn bệnh nhân đạt tiêu chuẩn nghiên cứu (lượng giá theo MASA), là các bệnh nhân có rối loạn nuốt đưa vào can thiệp tập PHCN nuốt, tập ăn bằng đường miệng theo chế độ ăn cho người rối loạn nuốt có sử dụng chất làm đặc softie, sau đó lượng giá lại bằng thang điểm MASA tại các thời điểm trước can thiệp và sau 15 ngày can thiệp.

- Thang điểm MASA gồm 24 mục với tổng điểm tối đa là 200, để lượng giá mức độ rối loạn nuốt và nguy cơ hít sặc.

2.2.4. Quy trình điều trị rối loạn nuốt.

Quy trình được thực hiện bởi kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu của bệnh viện Phục hồi chức năng Hà

Nội, đều có chứng chỉ về ngôn ngữ trị liệu, có chứng nhận hoàn thành khóa học về PHCN rối loạn nuốt.

Bước 1: Hướng dẫn các kỹ thuật bù trừ: tư thế an toàn, gia tăng nhận thức cảm giác

Bước 2: Kỹ thuật Phục hồi chức năng: các bài tập vận động miệng, làm sạch họng và giảm tổn động.

Bước 3: Tập ăn bằng đường miệng: theo chế độ ăn cho người rối loạn nuốt quốc tế IDDSI. Thời gian can thiệp với nhân viên y tế 01lần / ngày, mỗi lần 35 phút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tình trạng bệnh lý rối loạn nuốt đối tượng nghiên cứu (n=33)

Mức độ	Nam	Nữ	Tổng
	n (%)	n (%)	n (%)
Nhẹ	7 (31,8)	4 (36,4)	11 (33,3)
Trung bình	13 (59,1)	5 (45,5)	18 (54,6)
Nặng	2 (9,1)	2 (18,2)	4 (12,2)
Tổng	22 (100)	11 (100)	33 (100)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có mức độ rối loạn nuốt từ nhẹ đến trung bình, chiếm tỷ lệ 87,9%, chỉ có một lượng nhỏ bệnh nhân có mức độ rối loạn nuốt nặng với tỷ lệ 12,2%.

Bảng 3.2. Liên quan tuổi đến hiệu quả điều trị rối loạn nuốt sau 15 ngày điều trị (n=33)

Nhóm tuổi	Kết quả điều trị sau 15 ngày					p*
	Rối loạn nuốt				Tổng n (%)	
	Không rối loạn n (%)	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)		
20-39	1 (3,7)	0	0	0	1 (3,0)	0,89
40-59	5 (18,5)	0	0	0	5 (15,2)	0,52
60-70	14 (51,9)	2 (66,7)	0	0	16 (48,5)	0,19
>70	7 (25,9)	1 (33,3)	3 (100)	0	11 (33,3)	0,04*

Nhận xét: Đánh giá sau 15 ngày can thiệp cho thấy tỉ lệ nhóm tuổi già (>70) trong nhóm không còn rối loạn nuốt mức độ nặng, có rối loạn nuốt mức độ trung bình cao nhất (100%) sau đó đến nhóm có rối loạn nuốt mức độ nhẹ (33,3%) và nhóm không có rối loạn nuốt thấp nhất (25,9%). Ở các nhóm trẻ hơn cho thấy phần lớn là không còn rối loạn hoặc rối loạn nuốt mức độ nhẹ, p>0,05.

Bảng 3.3. Liên quan giới đến hiệu quả điều trị rối loạn nuốt sau 15 ngày điều trị (n=33)

Giới tính	Kết quả điều trị sau 15 ngày					p*
	Rối loạn nuốt				Tổng n (%)	
	Không rối loạn n (%)	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)		
Nam	18 (66,7)	2 (66,7)	2 (66,7)	0	22 (66,7)	1
Nữ	9 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	0	11 (33,3)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỉ lệ giới tính giữa các nhóm không có rối loạn nuốt, rối loạn nuốt mức độ nhẹ, trung bình và nặng sau 15 ngày điều trị.

Bảng 3.4. Liên quan giữa bán cầu tổn thương đến hiệu quả điều trị rối loạn nuốt sau 15 ngày điều trị (n=33)

Bán cầu tổn thương	Kết quả điều trị sau 15 ngày			p*
	Rối loạn nuốt		Tổng	

	Không rối loạn n (%)	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)	n (%)	
Phải	12 (44,4)	0	3 (100)	0	15 (45,5)	0,047
Trái	14 (51,9)	3 (100)	0	0	17 (51,5)	0,049
Cả 2 bên	1 (3,7)	0	0	0	1 (3,0)	0,892

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương bán cầu não phải trong nhóm mức độ rối loạn nuốt trung bình (100%) cao hơn so với các nhóm còn lại. Tỷ lệ tổn thương bán cầu não trái trong nhóm nhẹ (100%) cao hơn so với các nhóm còn lại. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Liên quan thời điểm can thiệp đến hiệu quả điều trị rối loạn nuốt sau 15 ngày điều trị (n=33)

Thời điểm can thiệp	Kết quả điều trị sau 15 ngày					Tổng	p*	
	Rối loạn nuốt				Tổng			p*
	Không rối loạn n (%)	Nhẹ n (%)	Trung bình n (%)	Nặng n (%)				
< 1 tuần	3 (11,1)	0	0	0	3 (9,1)	0,69		
1- 4 tuần	23 (85,2)	0	0	0	23 (69,7)	<0,001		
1-2 tháng	1 (3,7)	2 (66,7)	2 (66,7)	0	5 (15,2)	0,001		
> 2 tháng	0	1 (33,3)	1 (33,3)	0	2 (6,1)	0,008		

Nhận xét: Sau 15 ngày, tỷ lệ các thời điểm can thiệp sớm (1-4 tuần) trong nhóm không có rối loạn nuốt (85,2%) cao hơn so với nhóm rối loạn nuốt mức độ trung bình và nặng (0%) tương ứng. Ngược lại ở nhóm can thiệp muộn hơn (1-2 tháng) trong nhóm có rối loạn nuốt mức độ trung bình và nhẹ (66,7% và 66,7%) cao hơn so với tỷ lệ này trong nhóm không có. Tỷ lệ can thiệp rất muộn (>2 tháng) trong nhóm trung bình (33,3%) cao hơn so với nhóm không có rối loạn. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm 1-4 tuần ($< 0,001$); 1-2 tháng ($p = 0,001$) và >2 tháng ($< 0,01$) cho thấy việc can thiệp sớm ảnh hưởng đến kết quả điều trị sau 15 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng bệnh lý rối loạn nuốt của đối tượng nghiên cứu. Ở bệnh nhân đột quỵ não, rối loạn nuốt rất thường gặp và phát hiện rối loạn nuốt là một phần quan trọng trong quản lý đột quỵ não. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá các mức độ rối loạn nuốt theo thang điểm MASA [6], bệnh nhân có rối loạn nuốt mức độ nhẹ là 33,3%, mức độ trung bình là 54,6%, mức độ nặng là 12,2%.

Theo các tác giả cũng dùng thang điểm MASA để đánh giá như: Bùi Thị Hồng Thúy (2019), tác giả thu được kết quả các mức độ rối loạn nuốt như sau: rối loạn nuốt mức độ nhẹ là 46,3%, mức độ trung bình là 41,5% và mức độ nặng là 12,2% [7].

Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi tình trạng rối loạn nuốt mức độ nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ cao hơn so với các nghiên cứu khác, điều này có thể giải thích do đặc điểm của bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội nơi chúng tôi tiến hành nghiên cứu là bệnh viện

chuyên khoa nên bệnh nhân đột quỵ não đa phần từ các bệnh viện khác chuyển đến do vậy bệnh nhân đột quỵ não thường qua giai đoạn cấp và chuyển sang giai đoạn phục hồi và việc sàng lọc rối loạn nuốt đối với bệnh nhân đột quỵ não trong Phục hồi chức năng là một trong những quy trình thường quy trong điều trị.

4.2. Liên quan giữa tuổi mắc bệnh với kết quả hồi phục rối loạn nuốt. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra có mối liên hệ giữa chức năng nuốt với độ tuổi bệnh nhân. Trong các nghiên cứu chứng minh sự khác biệt về chức năng nuốt theo độ tuổi. Những khác biệt này có thể được đặc trưng bằng việc kéo dài thời gian vận chuyển viên thức ăn qua hầu họng và kéo dài thời gian đóng hoặc mở van thanh quản. Những khác biệt này có thể liên quan đến việc xử lý thần kinh chậm với quá trình lão hóa.

Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa về cải thiện nuốt giữa các nhóm tuổi. Tuy nhiên ở độ tuổi cao hơn thì mức độ rối loạn nuốt thường nặng hơn và tiến triển sau điều trị cũng thường chậm hơn so với bệnh nhân trẻ tuổi. Điều này có thể được giải thích đột quỵ não là một bệnh thần kinh mạch máu có liên quan chặt chẽ đến tuổi, tuổi càng cao người bệnh càng có nguy cơ mắc nhiều bệnh mạn tính kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid... đó là những yếu tố nguy cơ gây ra đột quỵ não, vì thế tỷ lệ mắc đột quỵ não ngày càng lớn. Ngoài ra ở người già có sự lão hóa một số cơ quan như răng có thể mất một hay nhiều chiếc dẫn đến thay đổi về nhai, lưỡi giảm khối cơ, thay vào đó là tổ chức đệm dẫn đến khả năng đẩy thức ăn kém hơn, họng mũi và khoang miệng chậm đóng kín, màn hầu nâng lên chậm, đặc biệt sự phối hợp

giữa thở và nuốt không còn nhịp nhàng nữa dẫn đến hiện tượng hít sặc thức ăn hoặc nước uống khi nắp thanh môn đóng không kín khi nuốt. Ngược lại tuổi càng trẻ nguy cơ mắc các bệnh mạn tính ít hơn, chưa có tình trạng thoái hóa do tuổi tác thì khả năng phục hồi càng nhanh.

4.3. Liên quan giữa giới với kết quả hồi phục rối loạn nuốt. Sau can thiệp 15 ngày không thấy có sự khác biệt về kết quả phục hồi giữa hai giới với $p=1 > 0,05$. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hughes trên 181 bệnh nhân người lớn bình thường và 30 bệnh nhân mắc bệnh thần kinh vận động thì trong nhóm bình thường khối lượng nuốt trung bình và khả năng nuốt của nam lớn hơn nữ, trong nhóm bị bệnh không thấy sự khác biệt giữa 2 giới [8].

Như vậy mức độ cải thiện chức năng nuốt sau điều trị không phụ thuộc vào giới tính bệnh nhân, ngoài ra biến giới tính của chúng tôi phân bố không chuẩn, tỉ lệ nam nữ 2:1, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, nhóm bệnh nhân nghiên cứu chỉ giới hạn ở những bệnh nhân có nhồi máu não lần đầu, chưa bao gồm bệnh nhân có xuất huyết não và những bệnh nhân có đột quỵ não tái phát.

4.4. Liên quan giữa bán cầu tổn thương với kết quả hồi phục rối loạn nuốt. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có tổng số 15 bệnh nhân rối loạn nuốt sau nhồi máu bán cầu não phải và 17 bệnh nhân rối loạn nuốt sau nhồi máu bán cầu não trái. Không có sự khác biệt giữa nhóm tổn thương não trái và não phải liên quan tới rối loạn nuốt. Sau 15 ngày can thiệp có 12/15 bệnh nhân nhồi máu não phải trở về trạng thái không rối loạn nuốt, và 14/17 bệnh nhân nhồi máu não trái trở về trạng thái không có rối loạn nuốt, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các báo cáo của tác giả Kwakkel cũng cho thấy không có sự khác biệt giữa bên bán cầu não với rối loạn chức năng nuốt [9], tương tự bên bán cầu tổn thương cũng không thấy liên quan tới kết quả phục hồi can thiệp rối loạn nuốt. Điều này có thể được giải thích nuốt là một quá trình vận động cảm giác phức hợp, được chi phối bởi các phần vỏ não đa dạng, cụ thể là các vùng 1,2,3,4,6,7, 17,18, 22,24, 32,38,40 theo phân vùng não Brodmann, kèm theo sự tham gia của các phần não dưới vỏ như hạch nhân nền, đồi thị, bao trong, thân não. Các phân vùng não theo Brodmann liên quan đến quá trình nuốt đối xứng với nhau tại bán cầu não hai bên, đó chính là lý do bên não tổn thương không phải là yếu tố

quyết định tiên lượng rối loạn nuốt và liên quan đến khả năng phục hồi của rối loạn nuốt.

4.5. Liên quan giữa thời điểm can thiệp với kết quả hồi phục rối loạn nuốt. Mặc dù rối loạn nuốt được báo cáo là có một tỷ lệ cao tự hồi phục, tuy nhiên một số lượng đáng kể những bệnh nhân sau đột quỵ não được chứng minh vẫn còn tình trạng rối loạn nuốt sau giai đoạn hồi phục. Thực tế, đối với một số bệnh nhân này có thể là một số tình trạng mạn tính đòi hỏi phải cho ăn bằng ống một cách dài hạn. Điều này gây ảnh hưởng đến chức năng thể chất và xã hội, chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và người chăm sóc, giảm cơ hội tái hòa nhập cộng đồng và tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người bệnh. Do vậy, việc quản lý và điều trị rối loạn nuốt ngay từ giai đoạn sớm của bệnh đóng vai trò rất quan trọng.

Sau 15 ngày can thiệp, cho thấy nhóm thiệp sớm (1-4 tuần) trong nhóm không có rối loạn nuốt (85,2%) cao hơn so với nhóm rối loạn nuốt mức độ trung bình và nặng (0%) tương ứng. Ngược lại ở nhóm can thiệp muộn hơn (1-2 tháng) trong nhóm có rối loạn nuốt mức độ trung bình và nhẹ (66,7% và 66,7%) cao hơn so với tỉ lệ này trong nhóm không có. Tỉ lệ can thiệp rất muộn (>2 tháng) trong nhóm trung bình (33,3%) cao hơn so với nhóm không có rối loạn. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm 1-4 tuần ($<0,001$); 1-2 tháng ($p=0,001$) và >2 tháng ($<0,01$) cho thấy có mối liên quan giữa thời điểm điều trị và mức độ rối loạn nuốt sau điều trị. Theo Kwakkel G trong thời gian 6 tháng sau tổn thương thần kinh khả năng hồi phục của bệnh nhân là lớn nhất [9].

Do vậy, thời gian can thiệp càng sớm thì tiên lượng bệnh nhân hồi phục khả năng nuốt càng tốt. Như vậy thời điểm can thiệp là một trong những yếu tố tiên lượng bệnh nhân. Bệnh nhân đột quỵ não cần được sàng lọc rối loạn nuốt và lên kế hoạch điều trị ngay khi nằm tại ICU và cần có sự phối hợp chặt chẽ hơn nữa giữa các trung tâm đột quỵ não, khoa thần kinh và chuyên ngành Phục hồi chức năng trong công tác điều trị cho người bệnh để đảm bảo khả năng hồi phục tốt nhất cho bệnh nhân góp phần làm giảm các di chứng, biến chứng, giảm thời gian và chi phí điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 33 bệnh nhân rối loạn nuốt với rối loạn nuốt mức độ nhẹ là 33,3%, mức độ trung bình là 54,6%, mức độ nặng là 12,2% chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương bán cầu não phải và bán cầu não trái với

kết quả phục hồi rối loạn nuốt ($p < 0,05$). Thời gian can thiệp nuốt càng sớm khả năng hồi phục rối loạn nuốt càng cao, tỷ lệ hồi phục chức năng nuốt cao hơn ở nhóm bệnh nhân can thiệp sớm dưới 1 tháng. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và giới đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Katan M, Luft A (2018).** Global Burden of Stroke. *Semin Neurol*;38(2):208-211.
- Johnson CO, Nguyen M, Roth GA et al (2019).** Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*;18(5):439-458.
- Bath PMW, Bath–Hextall FJ, Smithard DG (1999).** Interventions for Dysphasia after Hemispheric stroke. *J Neurol.* 52, 236-241.
- National Stroke foundation (2010).** Clinical guidelines for stroke Management 2010. Melbourne, Australia.

- Newman Rea (2016).** Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*; 31,2:232-49.
- Mann et al (2002).** Mann of Assessment and Management of Dysphagia Post Stroke. *Northeast Florida Medicine* 58(2).
- Bùi Thị Hồng Thúy (2019).** Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều bằng các bài tập nuốt kết hợp liệu pháp phản hồi sinh học. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
- Hughes TA, Wiles CM (1996).** Clinical measurement of swallowing in health and in neurogenic dysphagia. *QJM: An International Journal of Medicine*,89(2):109-116.
- Kwakkel G, Lindeman E (2004).** Understanding the pattern of functional recovery after stroke: Facts and theories. *Restorative Neurology and Neuroscience.* 2004;22:281-299.

TƯƠNG QUAN GIỮA CÁC ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY VÀ PHÂN TẦNG NGUY CƠ MÔ BỆNH HỌC CỦA U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TẠI DẠ DÀY

Nguyễn Văn Sang^{1,3}, Ngô Văn Hùng², Trần Phan Ninh^{2,3}, Nguyễn Minh Châu^{1,3}, Nguyễn Anh Tuấn⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tương quan giữa các đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dây và phân tầng nguy cơ mô bệnh học của u mô đệm đường tiêu hoá tại dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ năm 2016 đến năm 2023, 105 bệnh nhân được chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hoá đã được khám và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện E. Dữ liệu lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và mô bệnh học của các bệnh nhân này được mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu được lấy số liệu hồi cứu và tiến cứu. Mối quan hệ giữa tiềm năng ác tính và các đặc điểm đặc trưng của CLVT (bao gồm vị trí khối u, kích thước, hướng phát triển, hoại tử hoặc thoái hoá nang, sự xuất hiện của hạch bạch huyết) được phân tích bằng cách sử dụng phân tích đơn biến. Đường cong ROC được sử dụng để đánh giá giá trị dự đoán của kích thước khối u trong phân tầng nguy cơ ác tính. **Kết quả:** Nghiên cứu

được thực hiện trên 105 bệnh nhân u mô đệm đường tiêu hoá (50 nam, 55 nữ; độ tuổi trung bình 62.06 ± 9.05 tuổi), trong đó có 55 bệnh nhân thuộc nhóm tiềm năng ác tính thấp và 50 bệnh nhân thuộc nhóm tiềm năng ác tính cao. Không có sự khác biệt đáng kể về tuổi, giới, vị trí khối u giữa hai nhóm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước, hướng phát triển, hoại tử hoặc thoái hoá nang, hạch bạch huyết giữa hai nhóm. Phân tích đường cong ROC cho thấy ngưỡng kích thước khối u cho phép tiên lượng tiềm năng ác tính cao là 77.5cm với độ nhạy 78% và độ đặc hiệu 45%. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính đa dây được xem là phương tiện đầu tay trong chẩn đoán và phân tầng nguy cơ u mô đệm đường tiêu hoá.

Từ khóa: U mô đệm đường tiêu hoá (GIST), cắt lớp vi tính đa dây (CLVT).

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING FEATURES AND HISTOLOGICAL RISK STRATIFICATION OF GASTRIC GASTROINTESTINAL STROMAL STROMAL TUMORS

Objective: To analyze the correlation between multi-slice computed tomography imaging features and stratify the histological risk of gastric gastrointestinal stromal tumors. **Materials and methods:** From 2016 to 2023, 105 patients diagnosed with gastric gastrointestinal stromal tumors were examined and surgically treated at 108 Military

¹Bệnh viện E

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Đại học Y - Dược Thái Nguyên

⁴Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024