

cannula mũi, trong đó 31,5% trẻ chỉ thở oxy qua cannula mũi đơn thuần mà không chuyển qua can thiệp các phương pháp hỗ trợ hô hấp cao hơn. Có 53 trẻ (41,7%) cần thở NCPAP và 34 trẻ (26,8%) cần thở máy xâm lấn. Kết quả này ghi nhận tỉ lệ thở NCPAP và thở máy xâm lấn cao hơn với các nghiên cứu khác trên thế giới và Việt Nam, mặc dù vẫn tương đồng về tỉ lệ trẻ thở oxy qua cannula mũi^{1,2,4}. Thời gian nằm viện trung vị là 13,9 ngày.

Có 24 trẻ tử vong trong quá trình điều trị (18,9%), cao hơn nhiều so với báo cáo của tác giả Omar Irfan và cộng sự 8%⁵ do có sự đóng góp của nhiều yếu tố: 70,8% trẻ có bệnh nền, 95,8% có phân độ lâm sàng nặng-nguy kịch vào thời điểm nhập viện, trong đó sốc chiếm 45,8% và ARDS chiếm 79,2%. Về cận lâm sàng, 50% các trẻ này có số lượng tiểu cầu giảm dưới 150 K/ μ L, 89,5% tăng D-dimer và 95,2% tăng ferritin. Mặc dù được điều trị tích cực nhưng 24 trẻ này đã tử vong chỉ sau thời gian 8 ngày nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Trẻ em nhiễm SARS-CoV-2 bị viêm phổi cần hỗ trợ hô hấp có tỷ lệ tử vong cao. Cần thực hiện nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xác định rõ nguyên nhân gây tử vong cao ở trẻ nhiễm SARS-CoV-2 cần hỗ trợ hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyen P. N. T., Thuc T. T., Hung N. T., et al.

Risk factors for disease severity and mortality of children with COVID-19: A study at a Vietnamese Children's hospital. *J Infect Chemother*. 2022; 28 (10): 1380-1386.

2. Fuller C. C., Cosgrove A., Shinde M., et al. Treatment and care received by children hospitalized with COVID-19 in a large hospital network in the United States, February 2020 to September 2021. *PLoS One*. 2023; 18 (7): e0288284.
3. Gotzinger F., Santiago-Garcia B., Noguera-Julian A., et al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020; 4 (9): 653-661.
4. Graff K., Smith C., Silveira L., et al. Risk Factors for Severe COVID-19 in Children. *Pediatr Infect Dis J*. 2021; 40 (4): e137-e145.
5. Irfan O., Muttalib F., Tang K., et al. Clinical characteristics, treatment and outcomes of paediatric COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2021; 106 (5): 440-8.
6. Jia Z., Yan X., Gao L. et al. Comparison of Clinical Characteristics Among COVID-19 and Non-COVID-19 Pediatric Pneumonias: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Front Cell Infect Microbiol*. 2021; 11: 663884.
7. Sacco V., Rauch B., Gar C., et al. Overweight/obesity as the potentially most important lifestyle factor associated with signs of pneumonia in COVID-19. *PLoS One*. 2020; 15 (11): e0237799.
8. Zachariah P., Johnson C. L., Halabi K. C., et al. Epidemiology, Clinical Features, and Disease Severity in Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in a Children's Hospital in New York City, New York. *JAMA Pediatr*. 2020; 174 (10): e202430.

SÀNG LỌC RỐI LOẠN NUỐT TẠI GIƯỜNG CHO NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP THEO THANG ĐIỂM GUSS

Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Lê Thanh Tùng², Trần Hữu Thông^{1,3}, Ngô Đức Hùng³, Đặng Tuấn Dũng¹, Phạm Xuân Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ rối loạn nuốt theo thang điểm GUSS và một số yếu tố liên quan ở người bệnh nhồi máu não cấp. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Phương pháp nghiên cứu:** 992 người bệnh nhồi máu não cấp điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai được sàng lọc rối loạn nuốt bằng thang điểm GUSS. Các yếu tố liên quan đến rối

loạn nuốt được phân tích đơn biến và hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Tỉ lệ rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não là 71,5%. Rối loạn nuốt nhẹ chiếm 37,9%, rối loạn nuốt nặng và trung bình lần lượt là 22,2% và 11,4%, trong đó có 43,4% (308/709) người bệnh cần nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày. Có mối liên quan giữa rối loạn nuốt với một số yếu tố như nhóm tuổi ≥ 70 tuổi ($p < 0,01$), vị trí tổn thương tại thân não ($p < 0,01$), rối loạn giao tiếp (OR = 1,5; 95% CI: 1,0 – 2,1) ($p = 0,03$), liệt mặt (OR = 17,0; 95% CI: 11,5 – 25,1) ($p < 0,01$), tiền sử đột quỵ (OR=1,7; 95% CI: 1,1 – 2,8) ($p = 0,02$). **Kết luận và khuyến nghị:** tỉ lệ rối loạn nuốt cao ở người bệnh nhồi máu não cấp tính. Các chiến lược quản lý và can thiệp cần tập trung nhiều hơn vào nhóm người bệnh lớn tuổi, đột quỵ thân não, rối loạn giao tiếp và liệt mặt. **Từ khóa:** rối loạn nuốt sau đột quỵ, nhồi máu não cấp tính, quản lý rối loạn nuốt

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: hienntbmbh2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023

SUMMARY**DYSPHAGIA BEDSIDE SCREENING FOR ACUTE STROKE PATIENTS USING THE GUGGING SWALLOWING SCREEN SCALE**

Purpose: To examine the rate of dysphagia according to the GUSS scale and identify some related factors in acute ischemic patients. **Design:** Descriptive correlational research. **Methods:** This study was conducted among 992 inpatients with acute ischemic at the Neurology Center, Bach Mai Hospital were screened for dysphagia using the GUSS scale. Factors associated with dysphagia were analyzed by univariate and multivariate logistic regression. **Main findings:** The rate of dysphagia accounted for 37.9%, severe and moderate dysphagia were 22.2% and 11.4%, respectively, of which 43.4% of patients needed tube feeding. There were statistically significant associations between dysphagia and some factors such as age group ≥ 70 years old ($p < 0.01$), brainstem stroke ($p < 0.01$), communication disorders (OR = 1.5; 95% CI: 1.0 – 2.1) ($p = 0.03$), facial paralysis (OR = 17.0; 95% CI: 11.5 – 25.1) ($p < 0.01$), previous stroke (OR = 1.7; 95% CI: 1.1 – 2.8) ($p = 0.02$). **Conclusion and recommendations:** The rate of dysphagia was high in acute ischemic stroke patients. Intervention and management strategies should focus on prioritizing patients with elderly age, brainstem stroke, communication disorders, and facial paralysis.

Keywords: acute ischemic stroke / post-stroke dysphagia / dysphagia management

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật đứng hàng thứ ba trên toàn thế giới [1]. Theo báo cáo của tổ chức Đột quy Thế giới (WSO), mỗi năm có hơn 12,2 triệu ca mắc mới, trong đó khoảng 7,6 triệu ca được chẩn đoán là nhồi máu não, với khoảng 6,5 triệu trường hợp tử vong.

Rối loạn nuốt là triệu chứng thường gặp, tỉ lệ mắc có thể đến 78% sau đột quy cấp tính [2]. Rối loạn nuốt tồn tại mạn tính ở gần một nửa số người bệnh đột quy, là nguyên nhân chủ yếu gây hít sặc và nhiễm khuẩn đường hô hấp, làm gia tăng tỉ lệ tử vong, tỉ lệ nhập viện do viêm phổi hít và suy dinh dưỡng. Các hướng dẫn lâm sàng về quản lý người bệnh đột quy giai đoạn cấp xác định việc sàng lọc rối loạn nuốt cần được thực hiện càng sớm càng tốt sau khi khởi phát đột quy, trước khi sử dụng bất kỳ thức ăn, đồ uống hoặc loại thuốc nào [3]. Sàng lọc rối loạn nuốt sớm có liên quan đến giảm tỉ lệ viêm phổi do hít sặc [4]. Trên thế giới, có rất nhiều công cụ sàng lọc rối loạn nuốt tại giường đã được các nghiên cứu chứng minh là có hiệu quả. Việc tìm kiếm một công cụ sàng lọc hữu ích phù hợp với bối cảnh hiện tại là cần thiết. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Sàng lọc rối loạn nuốt tại

giường cho người bệnh nhồi máu não cấp theo thang điểm GUSS" với mục tiêu:

1. Mô tả tình trạng rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não cấp bằng thang điểm GUSS.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 992 người bệnh nhồi máu não cấp nhập viện điều trị tại Trung tâm Thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 5 năm 2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán là nhồi máu não cấp.
- Người bệnh tỉnh (GCS > 13 điểm)
- Hiểu ngôn (làm theo lệnh)
- Tình nguyện tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có chỉ định thở oxy hoặc đặt ống NKQ/MKQ hoặc thở máy trước khi/tại thời điểm sàng lọc.
- Người bệnh chấn thương ở vùng hàm mặt.
- Người bệnh nhồi máu cơ tim, thất ngôn Wernicke, sa sút trí tuệ.
- Người bệnh không có răng (móm).
- Tiền sử có rối loạn nuốt do bệnh lý khác hoặc đột quy trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu xác định một tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần chọn; α là mức ý nghĩa thống kê chọn $\alpha=0,05$ thì giá trị mức độ tin cậy $Z_{1-\alpha/2}=1,96$; P là tỷ lệ rối loạn nuốt ước đoán, lựa chọn là 73% (được xác định dựa trên điều tra thử với 50 người bệnh); d là độ chính xác tuyệt đối, lựa chọn là 0,03. Cỡ mẫu tối thiểu là 842 người bệnh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã lựa chọn tổng số là 992 người bệnh.

Thu thập số liệu. Sau khi thông qua Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức của trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, cũng như nhận được sự chấp thuận cho tiến hành nghiên cứu của Ban Giám đốc và Ban lãnh đạo Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, tiến hành thu thập dữ liệu theo các bước như sau:

- 1) Người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu được nghiên cứu viên giới thiệu về chương

trình, mục tiêu nghiên cứu, quy trình thu thập dữ liệu và mời tham gia nghiên cứu sau khi ký tên vào "Bản chấp thuận tham gia nghiên cứu";

2) Thu thập các thông tin liên quan đến nhân khẩu học của người bệnh tại thời điểm nhập viện theo bệnh án nghiên cứu.

3) Phỏng vấn, thăm khám và đánh giá khả năng nuốt của người bệnh tại giường bệnh:

Thăm khám để đánh giá mức độ nhồi máu não thang điểm NIHSS (khoảng 8 phút).

Đánh khả năng nuốt của người bệnh với 3 loại thức ăn (đặc, lỏng và thức ăn rắn) theo thang điểm GUSS. Thời gian sàng lọc rối loạn nuốt tại giường bệnh là 8-10 phút.

Tổng thời gian thu thập dữ liệu cho mỗi người bệnh/1 lần là 20-25 phút.

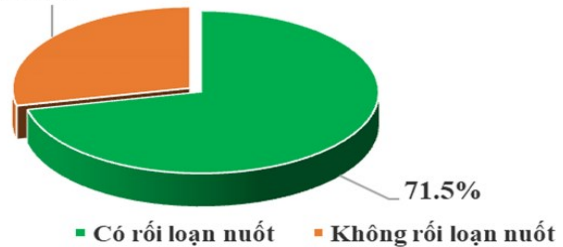
Xử lý số liệu. Nhập dữ liệu, xử lý và phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả tần suất, tỉ lệ phần trăm, các giá trị trung bình và độ lệch chuẩn của các dữ liệu liên quan đến đặc điểm lâm sàng của người bệnh và các biến số định lượng. Kiểm định Chi bình phương được sử dụng cho các biến định tính để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được thực hiện để kiểm tra các yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt ở

người bệnh đột quy não cấp. Các mức ý nghĩa thống kê được thống nhất với giá trị $P < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các thông tin chung của người bệnh trong nghiên cứu. Trong số 992 người bệnh, nam giới là 636 (chiếm 64,1%). Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 65 (thấp nhất là 32 tuổi và cao nhất là 90 tuổi). Số ngày điều trị trung bình là 10,5 (SD ±6,3). Người bệnh có bệnh nền chủ yếu là tăng huyết áp (67,5%) và đái tháo đường (23,2%). Vị trí tổn thương ở bán cầu đại não chiếm đa số (78,0%), tại thân não chiếm 15,2%, còn lại là tiểu não (2,5%) và phối hợp nhiều vị trí tổn thương (4,3%).

Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ rối loạn nuốt của người bệnh theo thang điểm GUSS khi nhập viện



Nhận xét: Có 709 trường hợp bị rối loạn nuốt tính theo thang điểm GUSS, chiếm tỉ lệ 71,5%. Rối loạn nuốt nhẹ chiếm 37,9%, rối loạn nuốt nặng và trung bình lần lượt là 22,2% và 11,4%, trong đó có 43,4% (308/709) người bệnh cần nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày.

3.2. Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt

Bảng 3.1. Môi liên quan giữa rối loạn nuốt với giới tính, nhóm tuổi và tình trạng béo phì

Biến số	Rối loạn nuốt n (%)		OR (95% CI)	Giá trị p	
	Không (n=283)	Có (n=709)			
Giới tính	Nam	196 (30,8%)	440 (69,2%)	1	0,03
	Nữ	87 (24,4%)	269 (75,6%)	1,4 (1,0-1,8)	
Nhóm tuổi	< 60	113 (39,4%)	174 (60,6%)	1	< 0,01
	60 – 69	111 (32,2%)	234 (67,8%)	1,4 (1,0-1,9)	
	≥ 70	59 (16,4%)	301 (83,6%)	3,3 (2,3-4,8)	
Béo phì	Không	233 (28,3)	589 (71,7)	1	0,78
	Béo phì (BMI ≥25)	50 (29,4)	120 (70,6)	0,9 (0,7-1,4)	

Nhận xét: Nữ giới có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 1,4 lần so với nam giới. Nhóm ≥70 tuổi có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 3,3 lần so với nhóm < 60 tuổi. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nuốt với tình trạng béo phì (p = 0,78).

Bảng 3.2. Môi liên quan giữa rối loạn nuốt với vị trí tổn thương trên não

Vị trí tổn thương trên não	Rối loạn nuốt n (%)		OR (95% CI)	Giá trị p
	Không (n=283)	Có (n=709)		
Bán cầu đại não	242 (31,3)	532 (68,7)	1	< 0,01
Thân não	20 (13,2)	131 (86,8)	3,0 (1,8 – 4,9)	
Tiểu não	13 (52,0)	12 (48,0)	0,4 (0,2 – 0,9)	
Phối hợp nhiều vị trí	8 (19,0)	34 (81,0)	1,9 (0,9 – 4,2)	

Nhận xét: Người bệnh đột quy thuộc nhóm tổn thương ở thân não có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 3 lần so với nhóm có vị trí tổn thương ở bán cầu đại não.

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa rối loạn nuốt với rối loạn giao tiếp và liệt mặt

Biến số		Rối loạn nuốt n (%)		OR (95% CI)	Giá trị p
		Không (n=283)	Có (n=709)		
Rối loạn giao tiếp	Không	191 (34,5)	362 (65,5)	1	<0,01
	Có	92 (21,0)	347 (79,0)	2,0 (1,5-2,7)	
Liệt mặt	Không	177 (71,4)	71 (28,6)	1	<0,01
	Có	106 (14,2)	638 (85,8)	15,0 (10,6-21,2)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa rối loạn nuốt với rối loạn giao tiếp và liệt mặt

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa rối loạn nuốt với tiền sử đột quy và bệnh nền

Biến số		Rối loạn nuốt n (%)		OR (95% CI)	Giá trị p
		Không (n=283)	Có (n=709)		
Tiền sử đột quy	Không	244 (30,5)	557 (69,5)	1	0,06
	Có	39 (20,4)	152 (79,6)	1,7 (1,2 - 2,5)	
Tăng huyết áp	Không	101 (31,4)	221 (68,6)	1	0,17
	Có	182 (27,2)	488 (72,8)	1,2 (0,9 -1,6)	
Đái tháo đường	Không	214 (28,1)	548 (71,9)	1	0,57
	Có	69 (30,0)	161 (70,0)	0,9 (0,7 - 1,3)	

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nuốt với tiền sử đột quy (p = 0,06) và bệnh nền bao gồm tăng huyết áp (p = 0,17) và đái tháo đường (p = 0,57).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa rối loạn nuốt với mức độ nặng của nhồi máu não

Biến số		Rối loạn nuốt n (%)		OR (95% CI)	Giá trị p
		Không (n=283)	Có (n=709)		
Nhẹ (1 – 4)		191 (73,5)	69 (26,5)	1	
Trung bình (5 – 14)		92 (13,9)	571 (86,1)	17,2 (12,1 – 24,4)	<0,01
Nặng (15 – 20)		0 (0)	69 (100)	N/A	

Nhận xét: Người bệnh nhồi máu não mức độ trung bình có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 17,2 lần so với nhồi máu não mức độ nhẹ.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa rối loạn nuốt với một số yếu tố tính theo hồi quy logistic đa biến

Biến số		Rối loạn nuốt (n=709)	
		OR hiệu chỉnh (95% CI)	Giá trị p
Giới tính	Nam	1	0,19
	Nữ	1,3 (0,9- 1,9)	
Nhóm tuổi	< 60	1	
	60 – 69	1,2 (0,8 - 1,8)	0,41
	≥ 70	3,3 (2,1 - 5,3)	<0,01
Học vấn	Tốt nghiệp tiểu học	1	
	Tốt nghiệp THCS	0,7 (0,4 - 1,1)	0,13
	Tốt nghiệp THPT trở lên	0,9 (0,5 - 1,4)	0,55
Béo phì	Không	1	0,62
	Béo phì (BMI ≥25)	0,9 (0,6 – 1,4)	
Vị trí tổn thương trên não	Bán cầu đại não	1	
	Thân não	3,6 (2,0 – 6,4)	<0,01
	Tiểu não	1,9 (0,7 – 5,4)	0,18
	Phối hợp nhiều vị trí	1,6 (0,6 – 4,0)	0,31

Rối loạn giao tiếp	Không	1	0,03
	Có	1,5 (1,0 – 2,1)	
Liệt mặt	Không	1	<0,01
	Có	17 (11,5 - 25,1)	
Tiền sử đột quy	Không	1	0,02
	Có	1,7 (1,1 – 2,8)	
Tăng huyết áp	Không	1	0,88
	Có	1,0 (0,7 – 1,5)	
Đái tháo đường	Không	1	0,24
	Có	0,8 (0,5 – 1,2)	

Ghi chú: OR: tỉ suất chênh; 95% CI: khoảng tin cậy 95%; BMI: chỉ số khối cơ thể

Nhận xét: có mối liên quan có ý nghĩa ý thống kê giữa rối loạn nuốt với nhóm tuổi từ 70 trở lên, vị trí tổn thương tại thân não, liệt mặt (các giá trị p < 0,01), rối loạn giao tiếp (p = 0,03), tiền sử đột quy (p = 0,02). Tuy nhiên, chưa có mối liên quan có ý nghĩa ý thống kê giữa rối loạn nuốt với giới tính (p = 0,19), học vấn (p > 0,05), tăng huyết áp (p = 0,88), đái tháo đường (p = 0,24).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 65, nam giới chiếm đa số (64,1%). Có 71,5% người bệnh nhồi máu não cấp có rối loạn nuốt. Rối loạn nuốt nhẹ chiếm 37,9%, rối loạn

nuốt nặng và trung bình lần lượt là 22,2% và 11,4%, trong đó có 43,4% (308/709) người bệnh cần nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ rối loạn nuốt cao ở người bệnh nhồi máu não cấp tính. Điều này có thể giải thích được là do người bệnh trong nghiên cứu đa phần là trên 60 tuổi, với điểm NIHSS trung bình là 7,6 (SD \pm 4,0). Tỉ lệ rối loạn nuốt trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong phạm vi được báo cáo bởi các nghiên cứu trước đây tại các nước ở châu Á, chẳng hạn như Hàn Quốc (32,3%) [5], Trung Quốc (39,4%) [6] và Nhật Bản (58,7-73,7%) [7]. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nuốt với một số yếu tố bao gồm: nhóm tuổi \geq 70 tuổi (OR= 3,3; KTC 95%: 2,1 – 5,3) ($p < 0,01$), vị trí tổn thương tại thân não (OR= 3,6; KTC 95%: 2,0 – 6,4) ($p < 0,01$), rối loạn giao tiếp (OR = 1,5; KTC 95%: 1,0 – 2,1) ($p = 0,03$), liệt mặt (OR = 17,0; KTC 95%: 11,5 – 25,1) ($p < 0,01$), tiền sử đột quỵ (OR=1,7; KTC 95%: 1,1 – 2,8) ($p = 0,02$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Al-Khaled và cộng sự (2016) cho thấy có sự liên quan giữa tuổi và rối loạn nuốt. Tuổi trung bình ở nhóm người bệnh có rối loạn nuốt là 73 ± 12 cao hơn nhóm không rối loạn nuốt là 71 ± 13 ($p < 0,001$) [4]. Có thể nói, khi tuổi càng cao, chức năng nuốt có xu hướng bị ảnh hưởng. Vì vậy, những người bệnh lớn tuổi bị đột quỵ, sẽ có nhiều nguy cơ ảnh hưởng đến chức năng nuốt. Năm 2022, Cui Yang và cộng sự tại Trung Quốc thực hiện một tổng quan hệ thống và phân tích gộp 10 nghiên cứu với cỡ mẫu 4637 người bệnh nhồi máu não cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa với vị trí tổn thương tại thân não với rối loạn nuốt (OR = 2,1, 95% CI: 1,5–3,1; $p < 0,001$) [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Arnold và cộng sự (2016) báo cáo rằng vị trí tổn thương trên não sau đột quỵ không liên quan đến rối loạn nuốt [2]. Vấn đề này có thể cần nghiên cứu thêm để xác nhận, để có thể giúp ngăn chặn những hậu quả về sau đối với những người bệnh bị nhồi máu não cấp tính có rối loạn nuốt.

Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa rối loạn nuốt với các yếu tố như giới tính ($p = 0,19$), béo phì ($p = 0,62$), bệnh nền như (tăng huyết áp với $p = 0,88$ và đái tháo đường với $p = 0,24$). Có thể do tăng huyết áp và đái tháo đường các bệnh phổ biến trong dân số nghiên cứu, đặc biệt là ở người cao tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Arnold (2016) khẳng định không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

giữa bệnh lý đái tháo đường và rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ ($p = 0,60$) [2]. Hiện chưa có nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa giới tính, béo phì và rối loạn nuốt sau đột quỵ, do vậy cần có các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn về vấn đề này.

Tóm lại, với người bệnh nhồi máu não cấp thường gặp nhiều nguy cơ không mong muốn về mọi mặt, hầu hết các hoạt động thường ngày của người bệnh đều bị hạn chế ở các mức độ khác nhau tùy thuộc vào tình trạng bệnh của mỗi người. Do vậy, cần có chiến lược và kế hoạch tối ưu để quản lý tốt các vấn đề liên quan đến rối loạn nuốt để góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ rối loạn nuốt cao ở người bệnh nhồi máu não cấp tính. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn nuốt với một số yếu tố như nhóm tuổi ≥ 70 , vị trí tổn thương tại thân não, rối loạn giao tiếp, liệt mặt và tiền sử đột quỵ. Do vậy, các chiến lược quản lý và can thiệp cần tập trung nhiều hơn vào các nhóm người bệnh này. Điều dưỡng có thể sử dụng thang đo GUSS như một tiêu chí chất lượng của điều dưỡng chuyên ngành thần kinh và đột quỵ trong việc định kỳ ghi nhận thực trạng rối loạn nuốt của người bệnh trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Feigin, V. L., Brainin, M., Norrvina, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P.** (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
2. **Arnold, M., Liesirova, K., Broeg-Morvay, A., Meisterernst, J., Schlager, M., Mono, M. L.,... Sarikaya, H.** (2016). Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. PLoS One, 11(2), e0148424. doi: 10.1371/journal.pone.0148424
3. **Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K.,... Tirschwell, D. L.** (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 49(3), e46-e110. doi:10.1161/str.0000000000000158
4. **Al-Khaled, M., Matthis, C., Binder, A., Mudter, J., Schattschneider, J., Pulkowski, U.,... Rojl, G.** (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
5. **Ko, N., Lee, H. H., Sohn, M. K., Kim, D. Y., Shin, Y. I., Oh, G. J.,... Kim, Y. H.** (2021). Status Of Dysphagia After Ischemic Stroke: A Korean Nationwide Study. *Arch Phys Med Rehabil*, 102(12), 2343-2352.e2343. doi: 10.1016/j.apmr.2021. 07.788
 6. **Zhang, M., Li, C., Zhang, F., Han, X., Yang, Q., Lin, T.,... Dou, Z.** (2021). Prevalence of Dysphagia in China: An Epidemiological Survey of 5943 Participants. *Dysphagia*, 36(3), 339-350. doi:10.1007/s00455-020-10138-7
 7. **Saitoh, E., Pongpipatpaiboon, K., Inamoto, Y., & Kagaya, H. J. S. S. N.** (2018). Dysphagia evaluation and treatment. from the Perspective of Rehabilitation Medicine, Springer Nature, Singapore, 2018.
 8. **Yang, C., & Pan, Y.** (2022). Risk factors of dysphagia in patients with ischemic stroke: A meta-analysis and systematic review. *PLoS One*, 17(6), e0270096. doi: 10.1371/journal.pone. 0270096

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Dương Như Năm¹, Vũ Minh Hải¹, Trần Hoàng Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang 75 bệnh nhân cao tuổi máu tụ dưới màng cứng mạn tính điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 4 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** 75 bệnh nhân gồm 58 nam (77,3%), 17 nữ (22,7%); tuổi trung bình $73,77 \pm 8,88$ tuổi (từ 60 đến 96 tuổi); độ tuổi gặp nhiều nhất (70-79 tuổi) chiếm 41,3%. Nguyên nhân do chấn thương gặp nhiều nhất (76%), không nhớ bị chấn thương đầu (24%). Chấn thương sọ não do ngã (64%). Tình trạng chấn thương sọ não nhẹ (GCS 13-15 điểm) 93,3%; trung bình (GCS 9-12 điểm) chiếm 6,7%. Chụp cắt lớp vi tính: bề dày khối máu tụ trung bình $19,39 \pm 7,01$ mm; Đe dầy đường giữa $6,42 \pm 6,00$ mm; có 26 bệnh nhân có máu tụ 2 bên bán cầu (34,7%). Đa số bệnh nhân được điều trị phẫu thuật khoan sọ một lỗ; 26 bệnh nhân máu tụ 2 bán cầu đều được phẫu thuật dẫn lưu máu tụ 2 bên. Đa số bệnh nhân cho kết quả phục hồi tri giác và liệt; tuy nhiên vẫn còn di chứng đau đầu nhẹ, mất ngủ và chưa hồi phục hết liệt. Không có tử vong. **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính ở người cao tuổi gặp nhiều ở nam, nguyên nhân do ngã gặp nhiều nhất, đa số đến viện tri giác còn tốt. Phẫu thuật khoan sọ một lỗ dẫn lưu máu tụ là phương pháp an toàn, hiệu quả. **Từ khóa:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính, người cao tuổi, chấn thương sọ não.

SUMMARY

OUTCOMES OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA TREATMENT IN THE ELDERLY AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 11.12.2023

Objective: To assess the outcomes of chronic subdural hematoma treatment in the elderly at Thai Binh general hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted among 75 elderly patients with chronic subdural hematoma treated at Thai Binh General Hospital from April 2021 to December 2022. Results: 75 patients including 58 males (77.3%), 17 females (22.7%); Average age was 73.77 ± 8.88 years old (from 60 to 96); The most common age group was (70-79) accounted for 41.3%. The most common cause was trauma (76%), not remembering head injury (24%). Traumatic brain injury due to falls was (64%). Mild traumatic brain injury (GCS score was 13-15) constituted 93.3%; moderate (GCS 9-12) added up to 6.7%. CT scan demonstrated that average hematoma thickness was 19.39 ± 7.01 mm, midline shift was 6.42 ± 6.00 mm; There were 26 patients with bilateral chronic subdural hematoma made up (34.7%). Most chronic subdural hematoma patients were operated by single burr-hole craniostomy; 26 patients with bilateral chronic subdural hematoma had bilateral drainage. Most patients were reported with recovery from decreased consciousness and paralysis; However, there were still sequelae of mild headaches, insomnia and incomplete paralysis. There were no deaths. **Conclusion:** Chronic subdural hematoma in the elderly is common in males, the most common cause is falls, most of them admitted to the hospital with good mental status. Single-hole craniotomy to drain hematoma is a safe and effective method. **Keywords:** Chronic subdural hematoma, elderly people, traumatic brain injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính có kết quả sau mổ thường là tốt, nhưng nếu không chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, khi khối máu tụ quá lớn gây chèn ép não sẽ tăng thêm những thương tổn thứ phát, có thể dẫn đến tử vong, hoặc để lại di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến sức khỏe sau này của bệnh nhân và đến lao động xã hội.

Phẫu thuật khoan sọ một lỗ dẫn lưu máu tụ