

dụng cho những bệnh nhân hồi sức có chỉ định dùng PPIs qua sonde để đảm bảo tác dụng dược lý và hiệu quả lâm sàng. Bên cạnh đó, có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân (4 bệnh nhân) chưa được chuyển đổi hợp lý giữa PPIs dạng tiêm và dạng uống, trong đó 3 bệnh nhân không được chuyển sang dạng uống khi bệnh nhân đã ăn trở lại được; trong khi đó có 01 bệnh nhân vẫn dùng PPIs đường uống khi bệnh nhân có tình trạng sốc nặng, nuôi dưỡng tĩnh mạch.

V. KẾT LUẬN

Thở máy > 48 giờ, nằm hồi sức dài ngày và các tình trạng nhiễm khuẩn nặng, suy gan là các yếu tố nguy cơ chủ yếu của loét đường tiêu hóa do stress ở bệnh nhân hồi sức. Sử dụng thuốc PPIs trong điều trị dự phòng trên nhóm đối tượng bệnh nhân này còn nhiều điểm cần được tối ưu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Diên Đức (2016) Đánh giá việc sử dụng nhóm thuốc ức chế bơm proton trong dự phòng loét tiêu

hóa do stress tại một bệnh viện tuyến trung ương. <http://canhgiacduoc.org.vn/>

2. Alsultan MS et al (2010) Pattern of intravenous proton pump inhibitors use in ICU and Non-ICU setting: A prospective observational study. Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association 16(4): 275–279. <https://doi.org/10.4103/1319-3767.70614>
3. Gerald L Weinhouse, MD (2020) Stress ulcers in the intensive care unit: Diagnosis, management, and prevention. www.uptodate.com
4. Rhodes A, et al (2017) Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive care medicine 43(3): 304-377. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6>.
5. Toews I, et al (2018) Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units. The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD008687. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008687.pub2>
6. Ye Z, Reintam Blaser A, et al (2020) Gastrointestinal bleeding prophylaxis for critically ill patients: A clinical practice guideline. BMJ (Clinical research ed.) 368: l6722. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6722>.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH RỐI LOẠN NUỐT Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2021-2022

Mai Thành Nghiệm*, Nguyễn Trung Kiên*, Ông Văn Mỹ*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy não cấp là vấn đề thời sự vì có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và tàn tật rất cao. Rối loạn nuốt là triệu chứng của đột quy dẫn đến hít dị vật gây nên viêm phổi hít. Phát hiện, kiểm soát rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quy não nhằm cải thiện tình trạng biến chứng viêm phổi hít và những vấn đề liên quan đến rối loạn nuốt. **Mục tiêu:** xác định tỷ lệ và mức độ rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quy não cấp tại Bệnh Viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán đột quy não cấp điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2021-2022. **Kết quả:** Qua khảo sát 130 bệnh nhân đột quy não cấp tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ chúng tôi nhận thấy: bệnh nhân có tuổi trung bình $65,4 \pm 12,42$, trong đó tỷ số nam/nữ 1,6. Đa số bệnh nhân ở nông thôn 73,8%; bệnh nhân có điểm Glasgow từ 12-14 chiếm 50,8%; bệnh nhân có NIHSS (National

Institute of Health Stroke Scale) mức độ vừa từ 5-15 điểm chiếm tỷ lệ cao 86,9% và mức độ nặng >15 điểm có 8,5%; có 105 bệnh nhân có rối loạn nuốt chiếm 80,8%; rối loạn nuốt mức độ nhẹ 58,5% chiếm nhiều, và mức độ trung bình 18,5%; có 29 bệnh nhân hít sặc chiếm 22,3%. **Kết luận:** đánh giá rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quy não cấp, để đưa ra các khuyến cáo chế độ ăn cho phù hợp, giảm hít dị vật gây nên viêm phổi hít.

Từ khóa: Đột quy não cấp, rối loạn nuốt

SUMMARY

STUDY ON DYSPHAGIA DISORDERS IN ACUTE STROKE PATIENTS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2021-2022

Background: Acute cerebral stroke is a topical issue because of its high morbidity, mortality, and disability rates. Dysphagia disorder is a symptom of stroke leading to aspiration of a foreign body causing aspiration pneumonia. Detect and control swallowing disorders in stroke patients to improve complications of aspiration pneumonia and problems related to swallowing disorders. **Objectives:** Determine the prevalence and severity of swallowing disorders in acute stroke patients at Can Tho Central General Hospital from 2021 to 2022. **Subjects and research methods:** All patients diagnosed with acute cerebral

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thành Nghiệm

Email: maithanhnghiem31@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 5.8.2022

stroke were hospitalized at Can Tho Central General Hospital from 2021 to 2022. **Results:** Through a survey of 130 acute stroke patients at Can Tho Central General Hospital, we found that the average age of patients was 65.4 ± 12.42, in which the male/female ratio was 1.6. The majority of patients are in rural areas 73.8%; patients with Glasgow scores from 12-14 accounted for 50.8%; patients with a level of NIHSS from 5-15 points accounted for a high rate of 86.9%, and severe level >15 points had 8.5%; there were 105 patients with swallowing disorder, accounting for 80.8%; Swallowing disorder with mild degree 58.5% accounted for many, and moderate level 18.5%; There were 29 patients with aspiration, accounting for 22.3%. **Conclusion:** evaluate swallowing disorders in patients with acute stroke, to make appropriate dietary recommendations, to reduce aspiration of foreign bodies causing aspiration pneumonia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não cấp là vấn đề thời sự vì có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và tàn tật rất cao. Rối loạn nuốt là triệu chứng của đột quy dẫn đến hít dị vật gây nên viêm phổi hít. Phát hiện, kiểm soát rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quy não nhằm cải thiện tình trạng biến chứng viêm phổi hít và những vấn đề liên quan đến rối loạn nuốt. Có nhiều phương pháp đánh giá rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quy não. Các phương pháp đánh giá rối loạn nuốt cơ bản như chiếu điện quang quay video đòi hỏi kỹ thuật chuyên khoa sâu, khó áp dụng trong giai đoạn cấp của đột quy và khó lặp lại nhiều lần. Các test đánh giá tại giường đơn giản và dễ áp dụng hơn. Phương pháp đánh giá rối loạn nuốt tại giường "The Gugging Swallowing Screen (GUSS)"[8] là phương pháp tương đối dễ làm, đáng tin cậy để xác định rối loạn nuốt và nguy cơ hít sặc, đồng thời giúp phân chia rối loạn nuốt thành các mức độ và đưa ra được các khuyến cáo chế độ ăn cho phù hợp.

Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Xác định tỷ lệ và mức độ rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quy não cấp tại Bệnh Viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2021-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Gồm 130 bệnh nhân được chẩn đoán đột quy não cấp điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2021-2022. Có tiêu chuẩn sau: bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quy thiếu máu não cấp [1], điểm Glasgow ≥ 12 điểm; bệnh nhân điều trị nội trú và được theo dõi. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chảy máu não, chảy máu màng não, u não...; Các nguyên nhân khác gây rối loạn nuốt: ung thư vùng hầu-họng, dị dạng thực quản; Bệnh nhân hoặc thân

nhân của bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

-Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu tính theo công thức:

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

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (hệ số tin cậy 95%).

P: tỷ lệ rối loạn nuốt được phát hiện ở bệnh nhân đột quy não cấp theo nghiên cứu của Phan Nhứt Trí là 81% [3], chọn $p=0,81$

d: chọn sai số cho phép là 7%, tính ra ta được $n = 120,6$ trường hợp. Chúng tôi lấy mẫu thực tế 130 bệnh nhân.

-Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, địa chỉ; Tỷ lệ và mức độ rối loạn nuốt, hít sặc theo thang điểm của GUSS [8], Số lần bị đột quy, thang điểm Glasgow, điểm NIHSS phân độ nặng của đột quy.

- Phương pháp thu thập số liệu: mẫu bệnh án nghiên cứu, bệnh án của bệnh viện, mẫu thang điểm lượng giá nuốt của GUSS.

- Phương pháp xử lý số liệu: phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0 và thống kê tần số tỷ lệ % và trung bình và độ lệch chuẩn.

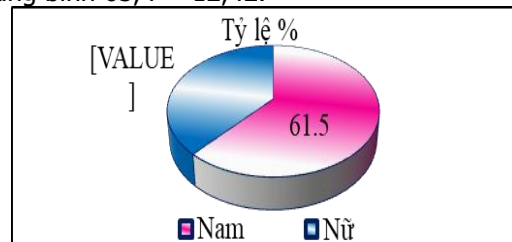
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi của đối tượng trong nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 60	48	36,9
61 - 69	32	24,6
≥70	50	38,5
Tổng	130	100

Nhận xét: chúng tôi thấy bệnh nhân có tuổi ≥70 chiếm đa số 50% và có tuổi nhỏ nhất 39 chiếm 1,5%, tuổi lớn nhất 95 chiếm 1,5%. Tuổi trung bình 65,4 ± 12,42.



Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có 80 bệnh nhân nam chiếm 61,5% và nữ 38,5%

Bảng 3.2. Phân bố theo nơi cư trú

Nơi cư trú	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nông thôn	96	73,8

Thành thị	34	26,2
Tổng	130	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi đa số bệnh nhân có cư trú ở nông thôn 73,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Mức độ nặng của đột quỵ não theo thang điểm Glasgow

Điểm Glasgow	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Điểm từ 12-14	66	50,8
Điểm 15	64	49,2
Tổng	130	100

Nhận xét: trong nghiên cứu chúng tôi bệnh nhân có điểm Glasgow từ 12-14 chiếm 50,8%.

Bảng 3.4. Mức độ nặng của đột quỵ não theo thang điểm NIHSS

Điểm NIHSS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Điểm ≤ 4 mức độ nhẹ	6	4,6
Điểm 5 đến 15 mức độ vừa	113	86,9
Điểm > 15 mức độ nặng	11	8,5
Tổng	130	100

Nhận xét: trong nghiên cứu chúng tôi bệnh nhân có điểm NIHSS mức độ vừa từ 5-15 chiếm tỷ lệ cao 86,9% và mức độ nặng >15 có 8,5% và trung bình $9,81 \pm 2,74$.

3.3. Tỷ lệ rối loạn nuốt

Bảng 3.5. Tỷ lệ rối loạn nuốt

Tình trạng rối loạn nuốt	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rối loạn nuốt	105	80,8
Không rối loạn nuốt	25	19,2
Tổng	130	100

Nhận xét: chúng tôi nhận thấy trong nhóm nghiên cứu có 105 bệnh nhân có rối loạn nuốt chiếm 80,8%, còn lại 19,2% không rối loạn nuốt.

Bảng 3.6. Tỷ lệ mức độ rối loạn nuốt theo giới

Tình trạng rối loạn nuốt	Giới tính		Tổng
	Nam	Nữ	
Rối loạn nuốt	64(61%)	41(39%)	105
Không rối loạn nuốt	16(64%)	9(36%)	25
Tổng	80	50	130

Nhận xét: chúng tôi thấy rối loạn nuốt ở nam 61% cao hơn nữ 41%.

Bảng 3.7. Tỷ lệ mức độ rối loạn nuốt

Mức độ rối loạn nuốt	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không rối loạn nuốt	25	19,2
Mức độ nhẹ	76	58,5
Mức độ trung bình	24	18,5
Mức độ nặng	5	3,8
Tổng	130	100

Nhận xét: trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ rối loạn nuốt mức độ nhẹ 58,5% chiếm nhiều, và mức độ trung bình 18,5%.

Bảng 3.8. Tỷ lệ và mức độ hít sặc

Hít sặc	Tỷ lệ	
	Số bệnh nhân	%
Có hít sặc	29	22,3
Không hít sặc	101	77,7
Tổng	130	100

Nhận xét: chúng tôi nhận thấy có 29 bệnh nhân hít sặc, chiếm 22,3%.

Bảng 3.9. Tỷ lệ mức độ rối loạn nuốt theo số lần đột quỵ

Tình trạng rối loạn nuốt	Lần đột quỵ		Tổng
	1	>1	
Rối loạn nuốt	95(90,5%)	10(9,5%)	105
Không rối loạn nuốt	20(80%)	5(20%)	25
Tổng	115	15	130

Nhận xét: chúng tôi thấy rối loạn nuốt ở Bệnh nhân bị đột quỵ lần 1 90,5%.

Bảng 10. Tỷ lệ mức độ rối loạn nuốt theo tuổi

Tình trạng rối loạn nuốt	Tuổi		Tổng
	≤ 60	> 60	
Rối loạn nuốt	37 (35,2%)	68 (64,8%)	105
Không rối loạn nuốt	11 (44%)	14(56%)	25
Tổng	48	82	130

Nhận xét: Chúng tôi thấy rối loạn nuốt ở Bệnh nhân có tuổi >60 thì 64,8%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đôi tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy bệnh nhân có tuổi ≥ 70 chiếm đa số 38,5% và tuổi trung bình $65,4 \pm 12,42$, cao hơn tác giả Kim là 59,5 tuổi lại thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phương Nga bệnh nhân có tuổi trung bình là $66,8 \pm 14,5$ và tác giả Phan Nhựt Trí cũng có bệnh nhân tuổi trung bình là $66,8 \pm 14,4$; tỷ lệ mắc nam 61,5% nhiều hơn nữ 38,5% kết quả này tương đồng với Phan Nhựt Trí có tỷ lệ nam 61% nhưng thấp hơn tác giả Trần Văn Tuấn có bệnh nhân nam chiếm 71,9% và tác giả Umay bệnh nhân nam chiếm 66,7% nhưng có tuổi trung bình thấp $63,27 \pm 9,85$ hơn trong nghiên cứu của chúng tôi [2];[3];[5];[7];[9].

4.2. Tỷ lệ rối loạn nuốt. Mức độ nặng của đột quỵ trong nghiên cứu chúng tôi có điểm NIHSS trung bình $9,81 \pm 2,74$ cao hơn tác giả Umay là $9,02 \pm 2,92$. Nhưng có điểm NIHSS mức độ vừa của chúng tôi là 86,9% cao hơn của tác

giả Phan Nhựt Trí có NIHSS mức độ vừa 47% do nghiên cứu chúng tôi chọn mẫu có Glasgow từ 12 điểm trở lên; tỷ lệ rối loạn nuốt trong nghiên cứu chúng tôi là 80,8% kết quả này tương đồng tác giả Phan Nhựt Trí tỷ lệ rối loạn nuốt theo GUSS ở bệnh nhân TBMN cấp là 81% cao hơn tác giả Cohen có tỷ lệ rối loạn nuốt 65% trong nghiên cứu và Nguyễn Đức Trung có tỷ lệ rối loạn nuốt 48% và 60,7% là kết quả rối loạn nuốt của tác giả Nguyễn Phương Nga còn rối loạn nuốt theo giới nữ 77% thì cao hơn của chúng tôi chỉ có 41% là nữ có rối loạn nuốt [2];[3];[4];[6];[9].

4.3 Mức độ nặng của rối loạn nuốt. Rối loạn nuốt mức độ nhẹ của chúng tôi là 58,5% tương tự cùng tác giả Phan Nhựt Trí 59,3% nhưng lại cao hơn tác giả Nguyễn Đức Trung là 52,21% ở bệnh nhân có rối loạn nuốt mức độ nhẹ. Ngược lại ở bệnh nhân có rối loạn nuốt mức độ nặng trong nghiên cứu chúng tôi chỉ có 3,8% thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Phan Nhựt Trí 18,5% có thể giải thích được là chọn mẫu trong nghiên cứu bệnh nhân có Glasgow từ 12 điểm trở lên vì vậy rối loạn nuốt mức độ nặng ít hơn [3];[4].

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 130 bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ chúng tôi nhận thấy: bệnh nhân có tuổi lớn và số lần bị đột quỵ, mức độ nặng của bệnh có ảnh hưởng đến rối loạn nuốt, từ đó chúng ta đánh giá rối loạn nuốt kịp thời đưa ra được các khuyến cáo

chế độ ăn cho phù hợp, tránh tình trạng hít sặc gây viêm phổi hít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế (2020)**, quyết định số 5331/qđ-byt ngày 23-12-2020 ban hành tài liệu chuyên môn " hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não"
2. **Nguyễn Phương Nga (2014)**, Đánh giá rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não cấp bằng thang điểm GUSS, Luận văn CKII, Đại học Y-Dược Tp HCM.
3. **Phan Nhựt Trí (2011)**, Nghiên cứu rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch não cấp tại Bệnh Viện Cà Mau năm 2011, Luận văn CKII, Đại học y Hà Nội.
4. **Nguyễn Đức Trung (2016)**, Nghiên cứu rối loạn nuốt ở bệnh nhân Đột quỵ não bằng thang điểm của Mann và đánh giá các yếu tố liên quan, Luận văn CKII, Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Văn Tuấn (2011)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả của các bài tập nuốt trên bệnh nhân có rối loạn dinh dưỡng sau đột quỵ, Luận văn CKII, Đại học Y Hà Nội.
6. **Cohen, D. L., Roffe, C., et al (2016)**, Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. Int J Stroke, 11(4), pp. 399-411.
7. **Kim, H., Lee, H. J. & Park, J. W (2018)**, Clinical course and outcome in patients with severe dysphagia after lateral medullary syndrome. Ther Adv Neurol Disord, 11, p. 17
8. **Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., et al (2007)**, Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke, 38(11), pp. 2948-2952.
9. **UMAY, E. K., GÜNDOĞDU, İ., et al (2018)**, The psychometric evaluation of the Turkish version of the Mann Assessment of Swallowing Ability in patients in the early period after stroke. 48(6), pp. 1153-1161.

TẠO HÌNH KHUYẾT THIỂU ỚNG HỌNG SAU CẮT HẠ HỌNG THANH QUẢN TOÀN PHẦN BẰNG VẬT ĐẢO ĐỘNG MẠCH THƯỢNG ĐÒN: CA LÂM SÀNG

Phạm Văn Hữu*, Nguyễn Quang Trung*,
Tống Xuân Thắng*, Dương Mạnh Chiến**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tạo hình khuyết thiếu ống họng sau cắt hạ họng thanh quản toàn phần bằng vật đảo

động mạch thượng đòn. **Đôi tượng và phương pháp:** Bệnh nhân ung thư hạ họng thanh quản sau cắt hạ họng thanh quản toàn phần bị khuyết thiếu ống họng không thể khâu đóng ống họng, và được tạo hình ống họng bằng vật đảo động mạch thượng đòn. Mô tả ca bệnh. **Kết quả:** Khối ung thư hạ họng thanh quản được cắt bỏ hoàn toàn với vùng rìa âm tính, ống họng được tạo hình bằng vật đảo động mạch thượng đòn sống và liền tốt, sau phẫu thuật 8 tuần không có hoại tử vạt, không có rò họng, không se hẹp ống họng, đảm bảo tốt chức năng nuốt. **Kết luận:** Sử dụng vật đảo động mạch thượng đòn tạo hình khuyết thiếu ống họng sau cắt hạ họng thanh quản toàn phần

*Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hữu

Email: Huuphamvan1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2022

Ngày phản biên khoa học: 26.7.2022

Ngày duyệt bài: 5.8.2022