

## KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM RỐI LOẠN NUỐT Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO

Nguyễn Thị Khoa<sup>1</sup>, Đỗ Đào Vũ<sup>2</sup>, Cao Minh Châu<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phục hồi chức năng (PHCN) sớm rối loạn nuốt (RLN) ở bệnh nhân (BN) đột quy não (ĐQN). **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu đánh giá kết quả PHCN sớm ở 30 người bệnh RLN sau ĐQN tại Trung tâm Đột quy và Trung tâm PHCN bệnh viện Bạch Mai. Lượng giá tình trạng RLN theo thang điểm Mann Assessment of Swallowing Ability-MASA trước và sau 2 tuần can thiệp. **Kết quả:** Tổng điểm MASA trung bình trước can thiệp là  $158,1 \pm 10,2$ , sau can thiệp tăng lên  $176,9 \pm 8,7$  điểm tương đương mức cải thiện trung bình là  $18,8 \pm 6,4$  điểm,  $p < 0,05$ . Trước can thiệp 93,3% trường hợp người bệnh RLN và nguy cơ hít sặc mức độ nhẹ và trung bình. Sau can thiệp không có trường hợp nào rối loạn mức độ nặng, tỷ lệ BN rối loạn trung bình giảm còn 13,3% và không còn trường hợp nào nguy cơ hít sặc nặng hoặc trung bình,  $p < 0,05$ . Ngoài ra 90% trường hợp người bệnh không cần sử dụng thông dạ dày sau can thiệp và sự cải thiện chức năng nuốt có liên quan đến mức độ nặng và hít sặc trước can thiệp. **Kết luận:** PHCN sớm RLN ở bệnh nhân ĐQN bước đầu cho thấy cải thiện đáng kể chức năng nuốt, giảm mức độ nặng và

mức độ hít sặc theo MASA và giảm sự phụ thuộc vào thông dạ dày.

**Từ khóa:** rối loạn nuốt, đột quy não, MASA

### SUMMARY

#### RESULTS OF EARLY REHABILITATION OF SWALLOWING DISORDERS IN CEREBRAL STROKE PATIENTS

**Objective:** To evaluate the results of early rehabilitation of swallowing disorders in patients with cerebral stroke. **Subjects and method:** Prospective description to assessment of early rehabilitation outcomes in 30 patients with swallowing disorder after cerebral stroke at the Stroke Center and the Rehabilitation Center of Bach Mai Hospital. Evaluation of swallowing disorder according to the Mann Assessment of Swallowing Ability-MASA scale before and after 2 weeks of intervention. **Results:** The average of MASA score before intervention was  $158.1 \pm 10.2$ , after the intervention increased to  $176.9 \pm 8.7$  points, equivalent to an improvement of  $18.8 \pm 6.4$  points,  $p < 0.05$ . Before intervention, 93.3% of patients had swallowing disorder and the risk of aspiration was mild and moderate. After the intervention, there were no cases of severe disorders, the average rate of patients with disorders decreased to 13.3% and there were no cases of severe or moderate aspiration risk,  $p < 0.05$ . In addition, 90% of patients do not need to use a nasogastric tube after the intervention. **Conclusion:** Early rehabilitation of swallowing disorders in stroke patients initially showed significant improvement in swallowing function,

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khoa

Email: Drkhoapt@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2022

Ngày duyệt bài: 28.7.2022

reduced severity and severity of aspiration according to MASA, and reduced dependence on nasogastric tube.

**Key word:** swallowing disorders, cerebral stroke, Mann Assessment of Swallowing Ability

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba sau bệnh tim mạch, ung thư; và là nguyên nhân hàng đầu gây ra khuyết tật ở Việt Nam và trên thế giới[1]. RLN là một trong các triệu chứng thường gặp sau ĐQN, báo cáo của Donovan năm 2012 cho thấy trong vòng 3 ngày đầu sau đột quy, RLN xuất hiện trong khoảng 42–67% trường hợp [2]. RLN làm tăng nguy cơ viêm phổi gấp 3,17 lần và có liên quan đến tỉ lệ tử vong và nguy cơ suy dinh dưỡng, mất nước, tổn thương phổi[3, 4]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng việc phát hiện và điều trị sớm RLN ở những BN sống sót sau ĐQN cấp tính giúp cải thiện kết quả như giảm nguy cơ viêm phổi, hít sặc, thời gian nằm viện và chi phí chăm sóc sức khỏe tổng thể [5]. PHCN rối loạn nuốt tập trung vào phương pháp bù trừ và các can thiệp trực tiếp tác động đến cơ chế sinh lý của quá trình nuốt đã được chứng minh là có hiệu quả cao và an toàn cho người bệnh. Bệnh viện Bạch Mai hàng năm tiếp nhận hàng nghìn người bệnh ĐQN giai đoạn cấp, chương trình PHCN sớm tập trung chủ yếu vào vận động, can thiệp sớm RLN đang được quan tâm nghiên cứu, tuy nhiên chưa có báo cáo cụ thể. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm “*Bước đầu đánh giá kết quả phục hồi chức năng sớm rối loạn nuốt*” ở nhóm bệnh nhân này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là

ĐQN dựa theo tiêu chuẩn của Tổ Chức Y Tế Thế Giới, và đang điều trị nội trú tại Trung tâm đột quy, Trung tâm PHCN - Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi
- Đột quy não lần đầu, thời gian  $\leq 1$  tuần
- Bệnh nhân tỉnh, có thể hợp tác được với cán bộ y tế và đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Không thể đánh giá chức năng nuốt ở BN do đặt nội khí quản, bất thường vùng hầu họng hoặc đường tiêu hóa ...
- Rối loạn nuốt do các nguyên nhân khác: tổn thương não không do đột quy, bệnh cơ, người già ...
- Bệnh nhân không tham gia đầy đủ quá trình nghiên cứu
- Những bệnh nhân tử vong trong thời gian nghiên cứu

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả tiến cứu

#### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Tất cả các trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Nghiên cứu đã thu thập được 30 trường hợp BN đáp ứng tiêu chuẩn.

#### 2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 12/2021 - 5/2022 tại Trung tâm đột quy và Trung tâm PHCN - Bệnh viện Bạch Mai.

#### 2.2.4. Các biến số và chỉ số

Để thực hiện được mục tiêu của đề tài chúng tôi tiến hành nghiên cứu các biến số, chỉ số sau:

- + Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử, loại đột quy.
- + Thời điểm bắt đầu can thiệp tính từ khi xuất hiện triệu chứng đột quy

+ Đặc điểm chức năng nuốt: Lượng giá RLN theo thang điểm MASA (Mann Assessment of Swallowing Ability)[6]: Quy trình lượng giá gồm 24 mục, mỗi mục có

điểm tối đa là 10, tổng điểm là 200. Mức độ RLN và hít sặc dựa trên thang điểm MASA được chia thành 4 mức, trong đó:

	<b>Rối Loạn nuốt</b>	<b>Hít sặc</b>
Không thấy bất thường:	178 - 200	170 - 200
Nhẹ:	168 - 177	149 - 169
Trung bình:	139 - 167	141 - 148
Nặng:	≤ 138	≤ 140

+ Đánh giá chức năng ăn uống của người bệnh theo thang điểm Functional Oral Intake Scale – FOIS gồm 7 mức độ, chia làm hai nhóm:

**Phụ thuộc ống thông dạ dày**

Mức 1: Không ăn, uống đường miệng

Mức 2: Phụ thuộc ống thông dạ dày, có thể ăn uống đường miệng nhưng với lượng tối thiểu, không liên tục.

Mức 3: Cần bổ sung qua ống thông dạ dày nhưng vẫn có thể ăn uống đường miệng liên tục.

**Không sử dụng ống thông dạ dày, hoàn toàn ăn, uống qua đường miệng**

Mức 4: Tất cả lượng ăn, uống đường miệng với chế độ đặc duy nhất

Mức 5: Tất cả lượng ăn uống đường miệng với nhiều độ đặc cần sự chuẩn bị đặc biệt

Mức 6: Tất cả lượng ăn uống đường miệng không cần sự chuẩn bị đặc biệt nhưng phải tránh các thức ăn, nước uống đặc biệt

Mức 7: Tất cả lượng ăn uống bằng đường miệng không có sự giới hạn[7]

**2.2.5. Tiến hành nghiên cứu**

Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Chương trình phục hồi sớm RLN thực hiện trong 2 tuần (45 phút/ ngày, các ngày trong tuần). Quy trình tiến hành theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành PHCN của

Bộ Y tế, bao gồm các bước:

**Bước 1:** Vệ sinh và hướng dẫn vệ sinh răng miệng:

**Bước 2:** Các bài tập nuốt gián tiếp/ phương pháp bù trừ: các bài tập này tập trung vào việc giúp duy trì tư thế ngồi thẳng, vận động miệng và cải thiện chức năng hô hấp.

**Bước 3:** Các bài tập nuốt trực tiếp gồm: Kích thích xúc giác miệng (tắm bông/gạc); kích thích xúc giác nhiệt (nhiệt lạnh); các nghiệm pháp nuốt gắng sức; nuốt trên thanh môn; nuốt siêu trên thanh môn, nghiệm pháp Mendelsohn; nghiệm pháp Masako; nghiệm pháp Shaker...

**Bước 4:** Sử dụng máy kích thích cơ để tập nuốt với máy (nếu có)

**Bước 5:** Tập luyện ăn uống bằng miệng với các kết cấu đồ uống và thức ăn khác nhau. Theo dõi và đánh giá bệnh nhân tại thời điểm trước điều trị và ngày thứ 14 sau điều trị.

**2.2.6. Phân tích số liệu**

Các số liệu thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu được phân tích bằng các test thống kê y học trên phần mềm Stata 12.0.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu**

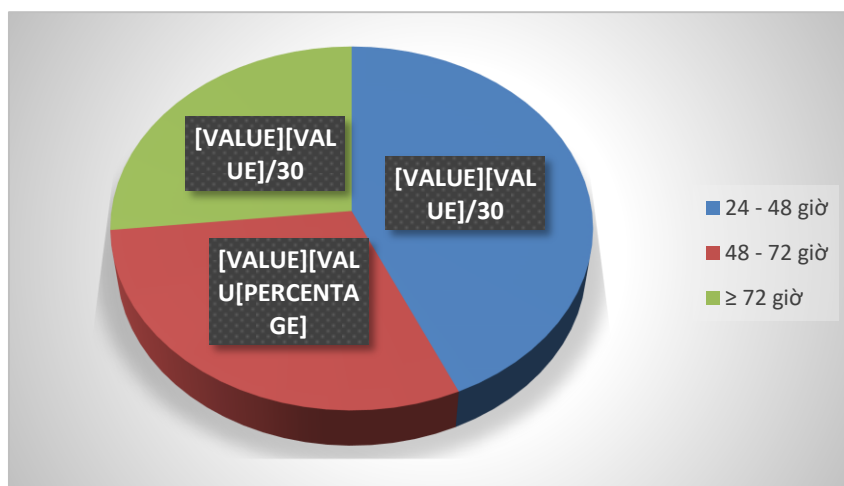
Nghiên cứu được cho phép thực hiện tại Trung tâm Đột quy và Trung tâm PHCN - Bệnh viện Bạch Mai và được thông qua bởi Hội đồng bảo vệ luận văn Thạc sĩ trường Đại

học Y Hà Nội.

Các số liệu được thu thập khách quan, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Tất cả BN đều được giải thích rõ về mục đích, nắm được trách nhiệm và quyền lợi cụ thể của mình, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 30 trường hợp bệnh nhân ĐQN cấp có tuổi trung bình là  $64,6 \pm 12,3$ , trong đó 60% trường hợp trên 60 tuổi và 66,7% BN là nam giới, nhồi máu não chiếm 86,7% trường hợp.



**Hình 1. Thời điểm can thiệp sớm phục hồi chức năng nuốt**

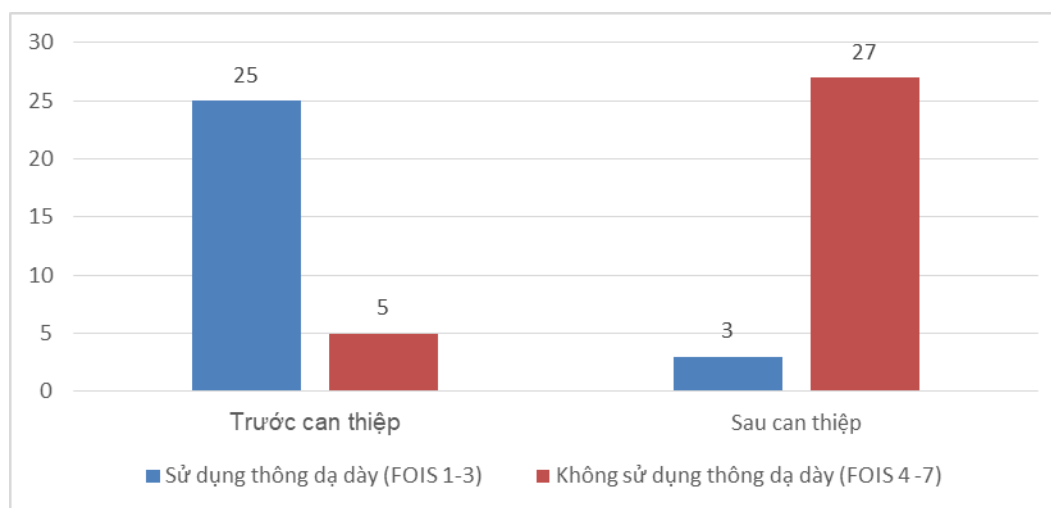
Kết quả cho thấy 43,3% trường hợp can thiệp sớm tại thời điểm 24 đến dưới 48 giờ sau đột quỵ; 30% can thiệp tại thời điểm 48 đến dưới 72h và 26,7% trường hợp can thiệp sau 72 giờ đột quỵ.

**Bảng 1. Mức độ cải thiện chức năng nuốt theo thang điểm MASA**

Đặc điểm		Trước can thiệp		Sau can thiệp		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Mức độ rối loạn nuốt	Nặng	2	6,7	0	0	0,001
	Trung bình	19	63,3	4	13,3	
	Nhẹ	9	30,0	8	26,7	
	Không rối loạn nuốt	0	0	18	60,0	
Mức độ hít sặc	Nặng	2	6,7	0	0	0,008
	Trung bình	4	13,3	0	0	
	Nhẹ	24	80,0	7	23,3	
	Không có	0	0	23	76,7	
<b>Tổng (n)</b>		<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	
<b>Tổng điểm MASA</b>		<b>158,1 ± 10,2</b>		<b>176,9 ± 8,7</b>		<b>0,0000</b>
<b>Mức độ cải thiện MASA</b>		<b>18,8 ± 6,4</b>				

Sau can thiệp tổng điểm MASA cải thiện trung bình  $18,8 \pm 6,4$  có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trong đó, trước can thiệp 93,3% trường hợp người bệnh RLN và nguy cơ hít sặc mức độ nhẹ và trung bình, 6,7% mức độ nặng. Sau can thiệp không có trường hợp nào rối loạn mức độ nặng, tỷ lệ BN rối loạn trung

bình giảm còn 13,3%, 26,7% mức độ nhẹ và 60% trường hợp không RLN. Ngoài ra sau can thiệp không còn trường hợp nào nguy cơ hít sặc nặng hoặc trung bình; chỉ có 23,3% hít sặc mức độ nhẹ và 76,7% không có nguy cơ hít sặc. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Hình 2. Đặc điểm sử dụng thông dạ dày theo FOIS trước và sau can thiệp**

Trước can thiệp, 83,3% (25/30) trường hợp cần sử dụng ống thông dạ dày (FOIS 1-3), sau can thiệp tỷ lệ này giảm chỉ còn 10,0% (3/30).

**Bảng 2. Một số yếu tố của người bệnh và đặc điểm đột quy liên quan đến mức độ cải thiện chức năng nuốt theo MASA**

Yếu tố		Số lượng	Mức cải thiện MASA	$\pm$ SD	p
Tuổi	$\leq 60$	12	18,5	5,6	0,636
	61 – 80	14	18,4	6,8	
	>80	4	21,0	8,4	
Giới	Nam	20	18,6	6,1	0,4067
	Nữ	10	19,2	7,3	
Loại đột quy	Nhồi máu não	26	18,8	6,5	0,5391
	Xuất huyết não	4	18,5	6,4	
Mức độ rối loạn nuốt trước can thiệp	Nặng và trung bình	21	20,1	7,0	0,0452
	Nhẹ	9	15,8	3,3	
Mức độ hít sặc trước can thiệp	Nặng và trung bình	6	24,3	5,7	0,0075
	Nhẹ	24	17,4	5,9	

Thời điểm can thiệp sau đột quy (giờ)	24 – 48	13	18,4	5,4	0,546
	48 - 72	9	20,0	7,3	
	≥ 72	8	18,1	7,4	
FOIS trước can thiệp	Sử dụng thông dạ dày (FOIS 1-3)	25	19,0	7,0	0,3826
	Không sử dụng thông dạ dày (FOIS 4 -7)	5	18,0	2,3	

Không có sự khác biệt về mức độ cải thiện chức năng nuốt theo MASA liên quan đến tuổi, giới, loại đột quy và thang điểm FOIS trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Người bệnh có RLN và hít sặc mức độ nặng và trung bình theo MASA trước can thiệp có khả năng cải thiện chức năng nuốt tốt hơn mức độ nhẹ nếu được can thiệp sớm PHCN nuốt ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Rối loạn nuốt là một triệu chứng thường gặp và cần được quan tâm ở BN đột quy ngay từ giai đoạn cấp tính, các bài tập nuốt giúp bù đắp, điều chỉnh kết cấu thức ăn và làm cho việc nuốt an toàn hơn. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đánh giá kết quả phục hồi sớm RLN ở 30 người bệnh đột quy não. Tất cả trường hợp đều được can thiệp sớm dưới 7 ngày kể từ khi phát hiện triệu chứng đột quy, trong đó 43,3% (13/30 trường hợp) can thiệp sớm tại thời điểm 24 đến dưới 48 giờ; 30% (9/30 trường hợp) can thiệp tại thời điểm 48 đến dưới 72h và 26,7% (8/30 trường hợp) can thiệp sau 72 giờ đột quy. Kết quả cho thấy can thiệp sớm RLN giúp cải thiện mức độ nặng và hít sặc theo thang điểm MASA. Cụ thể, trước can thiệp điểm MASA trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $158,1 \pm 10,2$  với 70% trường hợp RLN và 20% hít sặc mức độ nặng và trung bình; sau can thiệp MASA trung bình là  $176,9 \pm 8,7$  tương đương mức cải thiện có ý nghĩa thống kê trung bình  $18,8 \pm 6,4$  điểm. Trong đó, không có trường hợp nào RLN ở mức độ

nặng, tỷ lệ BN rối loạn trung bình giảm còn 13,3%, 26,7% mức độ nhẹ và 60% trường hợp không RLN ( $p < 0,05$ ). Đánh giá mức độ hít sặc sau can thiệp, chúng tôi cũng nhận thấy không còn trường hợp nào nguy cơ hít sặc nặng hoặc trung bình; chỉ có 23,3% hít sặc mức độ nhẹ và 76,7% không có nguy cơ hít sặc. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kamal năm 2021 trong nhóm PHCN sớm rối loạn nuốt với điểm MASA cải thiện có ý nghĩa thống kê với điểm trung bình từ 150,0 trước can thiệp tăng lên 176,5 sau can thiệp [8]. Các nghiên cứu gần đây trên thế giới đồng thuận rằng thời điểm bắt đầu điều trị nuốt sau đột quy có vai trò quan trọng trong việc PHCN nuốt, cải thiện lượng uống vào và giảm nguy cơ viêm phổi ở BN đột quy cấp tính. Đối với nhóm can thiệp sớm dưới 7 ngày, chức năng ăn uống trở lại tốt hơn nhóm khác trong khi đó tần suất viêm phổi lại có xu thấp hơn [8, 9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy chức năng ăn uống được cải thiện đáng kể, trước can thiệp có đến 83,3% trường hợp phục thuộc ống thông dạ dày (thang điểm FOIS 1-3), sau can

thiệt tỷ lệ này giảm chỉ còn 10,0% (3/30 trường hợp).

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ cải thiện các triệu chứng RLN theo thang điểm MASA chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về tuổi, giới tính, loại đột quy, thời điểm can thiệp sớm và mức độ phụ thuộc ống thông dạ dày trước can thiệp với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên nếu trước can thiệp RLN và hít sặc mức độ trung bình – nặng lại có xu hướng cải thiện điểm MASA tốt hơn có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Thực tế các trường hợp người bệnh có điểm MASA trung bình – nặng thường có các triệu chứng RLN dễ dàng phát hiện trên lâm sàng, ảnh hưởng trực tiếp đến nhu cầu dinh dưỡng và điều trị trong giai đoạn cấp, vì vậy thường được quan tâm lượng giá, can thiệp sớm và tích cực hơn. Nhóm BN có triệu chứng nhẹ hơn, dễ bị bỏ qua nếu chỉ sàng lọc đơn giản tại giường, trong giai đoạn đột quy cấp tính các RLN mức độ nhẹ thường ít được can thiệp tích cực. Tuy vậy Pamela năm 2022 đã báo cáo một tổng quan hệ thống dựa trên 19 nghiên cứu khác nhận thấy rằng sự PHCN nuốt liên quan đến mức độ nghiêm trọng của RLN trên nhiều thang điểm khác nhau và các yếu tố dự đoán mức độ hồi phục âm tính gồm tuổi tác, tổn thương hai bên, điểm FOIS ban đầu và mức độ nghiêm trọng của đột quy [10]. Thông tin này rất quan trọng đối với BN, người chăm sóc và chuyên gia y tế khi xem xét các lựa chọn chăm sóc và can thiệp phục hồi sớm. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu trên thế giới và nghiên cứu của chúng tôi bị hạn chế bởi lựa chọn các thang điểm đánh

giá mức độ phục hồi; thời điểm can thiệp và thời gian theo dõi khác. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 5 trường hợp FOIS trên 3 điểm trước can thiệp và 4 trường hợp đột quy chảy máu não. Vì vậy cần các nghiên cứu dài hơn với cỡ mẫu lớn hơn đánh giá nhiều yếu tố liên quan để xác định các đặc điểm và tiên lượng hiệu quả của chương trình phục hồi sớm rối loạn nuốt ở BN đột quy não.

## V. KẾT LUẬN

Phục hồi sớm rối loạn nuốt sau đột quy não bước đầu cho thấy hiệu quả giảm mức độ nặng và nguy cơ hít sặc theo thang điểm MASA. Đồng thời giảm mức độ phụ thuộc ống thông dạ dày của bệnh nhân theo thang điểm FOIS.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Edwardson, M.A.**, Overview of ischemic stroke prognosis in adults. UpToDate, Waltham, MA.(Accessed on 16 March 2022.).
2. **Donovan, N.J., et al.**, Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. Stroke, 2013. **44**(4): p. e24-e31.
3. **Dũng, N.T.**, Nghiên cứu đánh giá tình trạng nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch não chưa đặt nội khí quản điều trị tại bệnh viện Bạch Mai. 2009, Đại học Y Hà Nội.
4. **Sharma, J., et al.**, What influences outcome of stroke--pyrexia or dysphagia? International journal of clinical practice, 2001. **55**(1): p. 17-20.
5. **Smithard, D., et al.**, Complications and outcome after acute stroke: does dysphagia matter? Stroke, 1996. **27**(7): p. 1200-1204.

6. **Antonios, N., et al.**, Analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the modified Mann Assessment of Swallowing Ability. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2010. **19**(1): p. 49-57.
7. **Crary, M.A., G.D.C. Mann, and M.E. Groher**, Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 2005. **86**(8): p. 1516-1520.
8. **Kamal, L.H., et al.**, The effect of early intervention of swallowing therapy on recovery from oropharyngeal dysphagia in stroke patients: a cross sectional study. *Senses and Sciences*, 2021. **8**(3).
9. **Bakhtiyari, J., et al.**, Effects of early intervention of swallowing therapy on recovery from dysphagia following stroke. *Iran J Neurol*, 2015. **14**(3): p. 119-24.
10. **D'Netto, P., et al.**, Clinical Predictors of Dysphagia Recovery After Stroke: A Systematic Review. *Dysphagia*, 2022: p. 1-22.

## 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

**Bùi Thị Hồng Thúy\*, Nguyễn Trọng Lưu\*,  
Phạm Thị Lê Hằng\*, Dương Thị Kiều\***

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn nuốt (RLN) ở bệnh nhân nhồi máu não bằng các bài tập nuốt kết hợp liệu pháp phản hồi sinh học, tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả PHCN rối loạn nuốt sau nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 41 bệnh nhân (BN) nhồi máu não (NMN) lần đầu, Glasgow  $\geq$  10 điểm, có RLN với MASA  $\leq$  177 điểm trong khoảng thời gian từ tháng 10/2018 - 3/2019. Đánh giá dựa trên các chỉ tiêu về mức độ RLN, thời gian can thiệp, sự cải thiện mức độ RLN sau

điều trị, có hay không các biến chứng viêm phổi, hít sặc, các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phục hồi chức năng (PHCN). **Kết quả:** Có sự cải thiện đáng kể về mức độ rối loạn nuốt sau thời gian điều trị từ 5 đến 15 ngày, không có trường hợp nào xảy ra biến chứng viêm phổi và hít sặc.

**Từ khóa:** Đột quy não, rối loạn nuốt, phục hồi chức năng, phản hồi sinh học

### SUMMARY

#### ASSESS THE EFFICACY OF SWALLOWING REHABILITATION PROGRAM COMBINED WITH BIOFEEDBACK IN PATIENTS WITH POST ISCHEMIC STROKE DYSPHASIA

**Objective:** Assess the efficacy of swallowing rehabilitation program combined with

\*Khoa PHCN, Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hồng Thúy

Email: bhthuybv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.9.2022