

RỐI LOẠN NUỐT TRONG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Mã Lệ Quân¹, Vũ Anh Nhị²

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy (ĐQ) là nguyên nhân dẫn đến tử vong đứng hàng thứ ba tại các nước phát triển và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế. Một trong những biến chứng hàng đầu sau ĐQ cấp là viêm phổi hít [2].

Viêm phổi tăng nguy cơ tử vong gấp 5,4 lần (CI 95%, 3,2 – 9,0) [14]. Trong đó, nuốt khó (NK) làm tăng nguy cơ viêm phổi gấp 3,17 lần [19] và hít sặc tăng nguy cơ viêm phổi gấp 6,95 [30] – 11,57 lần [19], thậm chí đến 18 lần [22].

Triệu chứng NK sau ĐQ rất thường gặp, chiếm 51% – 55% [4][24][30], có nghiên cứu đến 76,5% [14]. Phát hiện sớm NK không những giúp hạn chế nguy cơ viêm phổi hít mà còn giúp giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong [4][19]. Vì vậy việc tầm soát NK ở bệnh nhân (BN) ĐQ cấp đã được xem là một trong những biện pháp làm giảm biến chứng cũng như tử vong. Theo hướng dẫn của Hội Tim Mạch Mỹ, tầm soát NK là một trong những tiêu chí đánh giá đơn vị ĐQ chuẩn [13].

Hiện nay, chẩn đoán NK có thể dựa vào lâm sàng hay cận lâm sàng. Có 3 phương pháp: thử nghiệm (TN) nuốt nước đơn giản (như test nuốt nước), TN với nhiều loại thức ăn (TĂ), thay đổi thể tích và khám thần kinh, và phương pháp sử dụng các phương tiện như nuốt chất cản quang có quay video đang được xem là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán NK và hít sặc và nội soi hầu bằng ống soi mềm [15][29][19]. Thực tế, đa số các cơ sở y tế tại Việt Nam vẫn chưa trang bị đủ các phương tiện. Do đó, tầm soát NK bằng các TN lâm sàng được ưa chuộng hơn vì thuận tiện, dễ thực hiện và chi phí thấp. Nghiên cứu về NK đã thực hiện tại nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào về đề tài này. Nhằm góp phần phát hiện NK sớm trên lâm sàng nhằm giảm thiểu biến chứng cũng như tử vong do viêm phổi hít sau đột quy chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu và phương pháp nghiên cứu như sau.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiền cứu.

2. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- BN được chẩn đoán ĐQ cấp trong 72 giờ sau khởi phát ĐQ và vào khoa ĐQ trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN có điểm Glasgow ≤ 10 hoặc nặng cần được hồi sức hoặc theo dõi tại phòng hồi sức thần kinh.
- BN có các bệnh tim, phổi nặng.
- Tiền căn có bệnh lý gây NK.

3. Thu thập số liệu:

¹ ThS, khoa cấp cứu, BV Trung Vương

² PGS TS, bộ môn Thần kinh, ĐHYD TPHCM

Ở mỗi bệnh nhân, chúng tôi tiến hành thu thập các biến số nghiên cứu như sau: tuổi, giới, tay thuận, tiền căn bệnh lý, huyết áp, triệu chứng cơ năng NK, liệt các dây sọ (VII TU, XII trên nhân), loại đột quy, bán cầu tổn thương, vùng tổn thương và trung bình các đặc điểm: tuổi, NIHSS.

Đánh giá nuốt theo thang tầm soát nuốt – Gugging Swallowing Screen (GUSS) [16]. Khi BN có GUSS ≤ 19 điểm được chẩn đoán NK. Phân độ NK như sau: NK nhẹ có GUSS từ 15 – 19 điểm; NK trung bình có GUSS từ 10 – 14 điểm; NK nặng có GUSS ≤ 9 điểm.

BN được nuốt cả 3 loại TĂ (dạng sệt, nước và dạng cứng). Trước và trong quá trình nuốt TĂ, BN được mắc máy đo SPO₂ để phát hiện suy hô hấp (nếu có) nhằm cấp cứu kịp thời.

4. Phân tích số liệu:

Các số liệu được thu thập theo mẫu và nhập, xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến số định lượng (tuổi, điểm NIHSS) sẽ được mô tả bằng hai đại lượng trung bình và độ lệch chuẩn ($X \pm SD$). Đối với các biến số định tính chúng tôi mô tả bằng hai đại lượng tần số và tỉ lệ. Để khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố chúng tôi lập bảng 2x2 để tính test Chi bình phương, t-student test hoặc test Fisher's exact (khi cần).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu:

Trong 118 BN, có 54,24% BN ≥ 65 tuổi, với tuổi trung bình là $64,14 \pm 12,14$ tuổi. Trong đó, nam giới chiếm tỉ lệ 55,08%, 93,22% người thuận tay phải. Tỉ lệ BN có tiền căn tăng huyết áp (THA) và ĐQ lần lượt là 50,00% và 18,64%.

Đặc điểm lâm sàng:

Chúng tôi ghi nhận BN NMN chiếm đa số, 83,05%. Tỉ lệ tổn thương 2 bán cầu tương đương nhau. Số trường hợp tổn thương vùng dưới vỏ chiếm cao nhất (49,15%) kể đến là vỏ não (34,00%), thân não, tiểu não (10,17%) và thấp nhất là thùy đảo (6,78%). Điểm NIHSS trung bình mẫu nghiên cứu là $7,19 \pm 4,20$.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

| Đặc điểm lâm sàng | Tần số | Tỉ lệ (%) | |
|--------------------------|--------------------|-----------|-------|
| THA | Có | 78 | 66,10 |
| Triệu chứng cơ năng NK | Có | 10 | 8,47 |
| Liệt VII trung ương (TU) | Có | 86 | 72,88 |
| Liệt XII trên nhân | Có | 26 | 22,03 |
| Phản xạ nôn | Mất | 23 | 19,49 |
| Hội chứng giả hành | Có | 6 | 5,08 |
| ĐQ | Nhồi máu | 98 | 83,05 |
| | Xuất huyết | 20 | 16,95 |
| Bán cầu tổn thương | Phải | 59 | 50,00 |
| | Trái | 56 | 47,46 |
| Vùng tổn thương | Vỏ não | 40 | 34,00 |
| | Dưới vỏ | 58 | 49,15 |
| | Thùy đảo | 8 | 6,78 |
| | Thân não, tiểu não | 12 | 10,17 |

2. Tỉ lệ NK chung và tỉ lệ các mức độ NK:

Tỉ lệ NK chung là 57,63%. Trong đó, NK nhẹ là 50,85%, trung bình là 1,70% và nặng là 5,08%.

Tỉ lệ NK với TÃ cứng cao nhất (34,51%), kế đến là TÃ lỏng (29,20%).

Trong nhóm NK với TÃ cứng, triệu chứng có tỉ lệ cao nhất là nuốt chậm chiếm 24,78%. Trong nhóm NK với TÃ lỏng, triệu chứng NK có tỉ lệ cao nhất là ho (19,47%) kế đến là chảy nước dãi (17,70%). Đối với TÃ sệt, triệu chứng nuốt chậm chiếm tỉ lệ cao nhất, 7,08%.

Bảng 2. NK theo giai đoạn thử nghiệm

| Giai đoạn thử nghiệm | Loại TÃ | Tần số | Tỉ lệ (%) |
|--------------------------|---------|--------|-----------|
| Giai đoạn nuốt gián tiếp | | 5 | 7,35 |
| Giai đoạn nuốt trực tiếp | Sệt | 16 | 14,16 |
| | Lỏng | 33 | 29,20 |
| | Cứng | 39 | 34,51 |

Bảng 3. Phân bố NK theo dạng TÃ tương ứng

| Triệu chứng | TÃ sệt | TÃ lỏng | TÃ cứng |
|-----------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| Không nuốt được | 3 2,65% | 5 4,42% | 8 7,08% |
| Nuốt chậm | 8 7,08% | 16 14,16% | 28 24,78% |
| Ho | 4 3,54% | 22 19,47% | 12 10,62% |
| Chảy nước dãi | 7 6,19% | 20 17,70% | 8 7,08% |
| Thay đổi giọng | 3 2,65% | 15 13,2% | 8 7,08% |
| Tổng | 16 14,16% | 33 29,20% | 39 34,51% |

Trong quá trình thu thập số liệu chúng tôi ghi nhận, đối với BN NK với nước thì trị số SpO_2 thay đổi đáng kể. Có 13 ca có SpO_2 giảm $>2\%$, chiếm 20,63% các trường hợp có NK. Trong đó, SpO_2 từ 90% - 95% chiếm 76,92% và $SpO_2 \leq 90\%$ là 23,08%.

3. Tỉ lệ NK trong từng nhóm đối tượng:

Tỉ lệ NK ở BN ≥ 65 tuổi, có THA, Liệt VII TU, liệt XII trên nhân, mất phản xạ nôn và có hội chứng giả hành lần lượt là 62,50%, 60,26%, 66,28%, 73,08%, 86,96% và 100%. Tỉ lệ NK ở 2 nhóm ĐQ do NMN và XHN tương đương (57%). Ngoài ra, tỉ lệ NK ở BN có tổn thương vùng vỏ não, dưới vỏ, thùy đảo và thân não – tiểu não lần lượt là 57,50%, 58,62%, 42,86% và 58,33%.

4. Mối liên quan giữa một số yếu tố với tình trạng NK:

Bảng 4 cho thấy, các yếu tố ≥ 65 tuổi, THA, liệt XII trên nhân, loại ĐQ, vùng tổn thương không liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng NK, $p > 0,05$. Tương tự đối với NIHSS trung bình với tình trạng NK, $p > 0,05$.

Các yếu tố tiền căn ĐQ, liệt VII TU, có hội chứng giả hành và mất phản xạ nôn có liên quan với tình trạng NK, $p < 0,05$.

Khi phân tích dữ liệu, chúng tôi còn ghi nhận được có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng NK với giảm SpO₂>2%, p<0,05.

Bảng 4. Mối liên quan giữa các yếu tố với tình trạng NK

| Yếu tố | Nuốt khó | | P | Tỉ số chênh (OR) KTC 95% (CI 95%) |
|--------------------|----------|-------|-------|--------------------------------------|
| | Có | Không | | |
| ≥ 65 tuổi | 40 | 24 | 0,244 | NS |
| Tiền căn ĐQ | 18 | 4 | 0,011 | OR= 4,14 (1,304-13,141) |
| THA | 47 | 31 | 0,420 | NS |
| Liệt VII TU | 57 | 29 | 0,002 | OR=3,75 (1,60-8,83) |
| Liệt XII trên nhân | 19 | 7 | 0,071 | NS |
| Hội chứng giả hành | 6 | 0 | 0,009 | OR=1,806 (1,530-2,133) |
| Mất phản xạ nôn | 20 | 3 | 0,002 | OR=6,53 (1,818-23,441) |
| NMN | 56 | 41 | 0,960 | NS |
| Vỏ não | 23 | 17 | 0,984 | NS |
| Dưới vỏ | 34 | 24 | 0,830 | NS |
| Thùy đảo | 3 | 4 | 0,418 | NS |
| Thân não | 7 | 5 | 0,958 | NS |

OR: tỉ số chênh; CI: khoảng tin cậy 95%; NS: không có ý nghĩa thống kê.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu:

- Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 64,14±12,14 tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đương với thống kê của Nguyễn Thị Kim Liên [1], nhưng thấp hơn so với các nghiên cứu của Selina [23] là 67,5±11,73; Judith A.Hinchey [14] là 70,5±14; Rodica E. Petrea [18] là 75,1 và 71,1 lần lượt ở nữ và nam; Cameron [5] là 67,9±13,9. Có thể ở các nước phát triển có dân số già hơn.
- Tỉ lệ nam trong mẫu nghiên cứu (55,08%) có chênh lệch đôi chút so với các nghiên cứu của Cameron [5] 50%; Judith A.Hinchey [14] là 50%, của David G. Smithard [7] là 58%.
- Tỉ lệ BN có tiền căn THA, ĐQ tương đương với nghiên cứu của Selina [23] là 60,00% và 16,00%.
- Tỉ lệ loại ĐQ tương đương với nghiên cứu của Saif S. Rathore [21], 85% NMN và 15% XHN. Tỉ lệ tổn thương 2 bán cầu tương đương với Nguyễn Bá Thắng [3] và Saif S.Rathore [21].
- Trong số 118 BN, chỉ có 8,47% trường hợp than phiền có NK. Thấp hơn so với nghiên cứu của Thad Wilkins [28], 10,46%. Có thể lý giải do BN cho rằng NK chỉ khi có ho hoặc sặc khi nuốt. Điều này chưa đúng. Michaela Tralp [16] cho rằng, NK khi có một trong bốn triệu chứng: nuốt nước bọt khó hoặc không nuốt được, chảy nước dãi, ho và thay đổi giọng (giọng khàn) sau nuốt. Khi có triệu chứng NK thì BN có nguy cơ nuốt sặc.
- Tỉ lệ BN có liệt VII TU cao hơn so với các nghiên cứu Saif S. Rathore [21] 54,6%; Selina [23] 62,00%. Do nghiên cứu chúng tôi đánh giá liệt VII TU theo thang NIHSS, có 3 mức độ: liệt nhẹ; một phần và liệt hoàn toàn.
- Tỉ lệ liệt XII trên nhân của mẫu nghiên cứu thấp hơn của Umaphathi [30], 29%. Cao hơn nghiên cứu của Stephanie K. Daniels và cs [25], 19%; Sundar [29], 14%. Có thể do đặc điểm mẫu nghiên cứu và mục tiêu nghiên cứu khác nhau.
- Tỉ lệ mất phản xạ nôn tương đương với nghiên cứu của Deborah [8], 18,2%.
- Điểm NIHSS trung bình mẫu nghiên cứu 7,19±4,20, tương đương với nghiên cứu Hinchey [14] 7,2 (6,8-7,5). Nghiên cứu của Hinchey đánh giá NK ở 15 trung tâm, điểm NIHSS trung bình dao động từ 7,1 đến 7,2.

2. Tỷ lệ NK chung và tỷ lệ các mức độ NK:

a. Tỷ lệ NK chung:

- Tỷ lệ BN có NK là 57,63%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với của Selina [23], 56,00% và cao hơn các nghiên cứu: Gisell Mann [11] là 51,00%, David G. Smithard [7] là 51,00%, Hamidon BB [12] 41,00% và của Enas S. Lawrence [10] là 44,70%. Có thể lý giải do các nguyên nhân sau: TN nuốt với các loại TÃ, thể tích và tiêu chuẩn đánh giá NK khác nhau.

Bảng 5. So sánh tỷ lệ NK giữa các nghiên cứu.

| Nghiên cứu | Tiêu chuẩn | Tỷ lệ NK (%) |
|-----------------------|---|--------------|
| Enas S. Lawrence [10] | Theo tác giả Depippo [9] | 44,70 |
| David G. Smithard [7] | Bác sĩ ngôn ngữ trị liệu đánh giá | 51,00 |
| Gisell Mann [11] | Quan sát các triệu chứng: nuốt chậm, ho, sặc, thay đổi giọng, suy hô hấp. | 51,00 |
| Selina [23] | Ho và sặc | 56,00 |
| Chúng tôi | Thang GUSS [16] | 57,63 |

b. Tỷ lệ các mức độ NK:

- Tỷ lệ NK nhẹ chiếm 88,24%, trung bình là 2,94% và NK nặng là 8,82%.
- Tỷ lệ NK nhẹ cao hơn nghiên cứu của Stephanie K. Daniels [26], 37%. Nghiên cứu của Stephanie chẩn đoán khi có 1 trong 6 triệu chứng (khó phát âm, nói khó, mất phản xạ nôn, ho tự chủ, ho sau nuốt và thay đổi giọng sau nuốt), tất cả những triệu chứng này xảy ra NK giai đoạn đầu.
- Trong mẫu nghiên cứu có 6 trường hợp (5,08%) NK nặng có 5 trường hợp có GUSS <5. Những BN không vượt qua TN nuốt gián tiếp, là chỉ nuốt nước bọt. Điều này càng nhấn mạnh hơn tầm quan trọng của việc kiểm soát nước bọt trong đánh giá NK lâm sàng. Đa số các nghiên cứu đánh giá NK bằng phương pháp lâm sàng [7], [10], [11], [12], [23] đều cho BN nuốt TÃ. Do đó, có thể bỏ sót những trường hợp NK chỉ với nuốt nước bọt.

c. NK với các dạng TÃ:

- Mẫu nghiên cứu có tỷ lệ NK với TÃ sệt là 14,16% (16/113 ca). Tỷ lệ nuốt chậm chiếm cao nhất 7,08% kể đến là chảy nước dãi là 6,19%. Có thể gợi ý những trường hợp NK với TÃ sệt có thể tự điều chỉnh bằng cách nuốt chậm hơn, mặc dù thể tích TÃ chỉ có 5ml.
- Đối với nước, tỷ lệ BN NK với nước là 29,20%, tương tự với nghiên cứu của Sundar [29], 30,95%. So với nghiên cứu của Thad Wilkins [28], nghiên cứu bệnh nhân không đột quy, thì tỷ lệ này là 6,3% các trường hợp NK. Điều này càng gợi ý ĐQ là một trong những yếu tố quan trọng gây NK đặc biệt là đối với nước.
- Triệu chứng nổi bật khi nuốt với nước là ho (19,47%), chảy nước dãi (17,70%) kể đến là nuốt chậm (14,16%) và thay đổi giọng (13,27%). So với Sundar [29], tỷ lệ ho 35,48%, chảy nước dãi 27,27%, thay đổi giọng 20,89%. Tỷ lệ các triệu chứng trong nghiên cứu chúng tôi đều thấp hơn, nhưng thứ tự tỷ lệ các triệu chứng không thay đổi. Sundar cho BN nuốt 50ml trong một lần rồi đánh giá các triệu chứng. Chúng tôi cho nuốt nước với thể tích tăng dần nên BN dần dần thích ứng với thể tích lớn.
- Trong quá trình thu thập số liệu chúng tôi ghi nhận, đối với BN NK với nước thì trị số SpO₂ thay đổi đáng kể. Có 13 ca có SpO₂ giảm >2%, chiếm 20,63% các trường hợp có NK. Trong đó, SpO₂ từ 90% - 95% chiếm 76,92% và SpO₂ ≤ 90% là 23,08%. Theo Smith HA [24] tỷ lệ BN giảm SpO₂ ≥ 2% là 24,53% và của Selina [23] là 48%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu chúng tôi có thể do tác giả bao gồm những ca có SpO₂ = 2%. SpO₂ là một trong những TN tầm soát hít sặc có độ nhạy và đặc hiệu là 76,9% và 83,3% ($\chi^2 = 18,154$; $p = 0,0002$). TN nuốt 50ml có độ

nhảy và đặc hiệu là 84,6% và 75% ($\chi^2 = 18,001$; $p = 0,00002$). Khi kết hợp TN nuốt nước với SpO_2 thì tăng độ nhạy và độ đặc hiệu của 2 phương pháp là 100% và 70,8% [23].

- Có 61,90% NK với TĂ dạng cứng cao hơn so với nghiên cứu của Thad Wilkins và cs [28], 49%. Tỷ lệ này cao có thể lý giải ở người già, khả năng nhai TĂ giảm do: răng rụng nhiều hơn, cơ giúp nhai TĂ yếu hơn nên BN phải nhai kỹ hơn, nuốt chậm hơn để nuốt an toàn.

3. Tỷ lệ NK trong các nhóm đối tượng và mối liên quan giữa các yếu tố với tình trạng NK:

- Tỷ lệ BN ≥ 65 tuổi có NK là 62,50%. Tuổi có liên quan chặt chẽ với viêm phổi, $p = 0,002$ [18], theo tác giả Hamindon [12], BN > 75 tuổi có nguy cơ NK gấp 5,2 lần so với nhóm còn lại (CI 95%, 1,89-14,30). Tuổi càng cao càng có nguy cơ viêm phổi. Có thể do tuổi cao thì BN càng thích ứng kém với các dạng TĂ và thể tích nên dễ hít sặc [15]. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và tình trạng NK, tương tự với nghiên cứu của David G. Smithard [7]. Có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để phát hiện mối liên quan này.

- Ở BN liệt VII TU sẽ ảnh hưởng đến giai đoạn miệng của quá trình nuốt, BN dễ sặc vì TĂ còn đọng lại trong miệng và khả năng giữ TĂ trong miệng kém [15]. Thực vậy, khi phân tích mối liên quan giữa liệt VII TU và NK, có sự liên quan giữa liệt VII TU với NK, chúng tôi cũng thấy có liên quan có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$ và nguy cơ NK khi có liệt VII TU là 3,75 (CI 95%, 1,60-8,83).

- Tỷ lệ BN liệt XII trên nhân có NK là 73,08% cao hơn nghiên cứu Umaphathi và cs [30] là 43%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa liệt XII trên nhân với tình trạng NK, $p > 0,05$. So với nghiên cứu Umaphathi ghi nhận có mối liên quan giữa liệt XII trên nhân với NK trong nhóm tổn thương do NMN diện rộng.

- Tất cả BN có liệt giả hành đều có NK, tương đương với nghiên cứu của Cumhuri Ertekin [6]. Ngoài ra, tác giả còn ghi nhận có 80% BN có hội chứng giả hành có NK nặng, 20,6% BN cần nuôi ăn. Hội chứng giả hành ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động nuốt do yếu các cơ miệng, lưỡi và hầu. Thực vậy, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hội chứng giả hành với NK, $p < 0,05$.

- Trong nhóm NK, tỷ lệ BN mất phản xạ nôn là 29,41% thấp hơn so với nghiên cứu của Deborah và cs [8], 38,6%. Có thể lý giải do tuổi trung bình mẫu nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn mẫu của Deborah ($75,5 \pm 10,2$ năm). Tuổi càng cao thì phản xạ càng kém nhạy. Chúng tôi tìm được có sự liên quan giữa mất phản xạ nôn với tình trạng NK có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$ với nguy cơ là 6,53 (CI 95%, 1,82-23,44). Vì vậy, nếu BN có mất phản xạ nôn dự báo khả năng có NK gấp 6,53 lần so với BN còn phản xạ nôn.

- Tỷ lệ tổn thương dưới vỏ chiếm tỷ lệ cao nhất 49,15%, kế đến là vỏ não 34,00% và thân não 10,17%.

- + Tỷ lệ NK trong nhóm tổn thương dưới vỏ là 58,62% và vùng vỏ là 57,50%. So với nghiên cứu của Sundar [45], tỷ lệ NK ở BN NMN vùng vỏ não là 63,63%, vùng dưới vỏ là 21%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ NK ở nhóm tổn thương vùng vỏ não thấp hơn và vùng cao hơn ở vùng dưới vỏ. Có thể do đặc điểm mẫu nghiên cứu Sundar bao gồm những ca nặng. Theo Stephanie K. Daniels [43], tổn thương vùng não trước và dưới vỏ cạnh não thất thường gây hít sặc hơn. Theo Enas Lawrence [10], tỷ lệ NK ở BN tổn thương toàn bộ tuần hoàn trước cao hơn tổn thương tuần hoàn trước bán phần, tuần hoàn sau và lỗ khuyết. Chúng tôi ghi nhận không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tổn thương vùng vỏ não với tình trạng NK, $p > 0,05$.

+ Tỷ lệ tổn thương thân não, tiểu não là 10,17% tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên [1], 10,6%. Nhưng cao so với nghiên cứu của Robert Teasell [17] là 3,6%. Xét những trường hợp tổn thương thân não, chúng tôi ghi nhận tổn thương nhỏ khu trú, trong đó có đến 9/12 ca tổn thương cầu não. Tỷ lệ có NK là 55,56% (5/9 ca), trong đó chỉ có 2 ca NK mức độ nặng. Điều này cho thấy, mặc dù tổn thương thân não có tỷ lệ NK cao hơn nhưng cũng tùy thuộc vào mức độ của tổn thương sẽ gây NK nặng.

+ Tổn thương thùy đảo được xem như yếu tố tiên lượng viêm phổi ở BN ĐQ cấp, với nguy cơ 5,7 (CI 95%, 1,7-19) [31]. Broadley và cs [20] ghi nhận tình trạng NK nặng hơn nếu tổn thương thùy trán và thùy đảo. Mà NK gây hít sặc là yếu tố nguy cơ của viêm phổi [15][14]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tổn thương thùy đảo với NK, có thể do mẫu nghiên cứu nhỏ, số ca tổn thương thùy đảo ít nên chưa thấy được mối liên quan này.

+ Tỷ lệ NK trong nhóm tổn thương dưới vỏ là 58,62% và vùng vỏ là 57,50%. So với nghiên cứu của Sundar [29], tỷ lệ NK ở BN NMN vùng vỏ não là 63,63%, vùng dưới vỏ là 21%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ NK ở nhóm tổn thương vùng vỏ não thấp hơn và vùng cao hơn ở vùng dưới vỏ. Có thể do đặc điểm mẫu nghiên cứu Sundar bao gồm những ca nặng. Theo Stephanie K. Daniels [27], tổn thương vùng não trước và dưới vỏ quanh não thất thường gây hít sặc hơn.

- Trong quá trình phân tích, chúng tôi ghi nhận tiền căn tai biến mạch máu não (TBMMN) có liên quan với tình trạng NK, $p < 0,05$. Nguy cơ NK ở BN có tiền căn TBMMN gấp 4,14 lần so với nhóm không có tiền căn TBMMN. Selina và cs [23] ghi nhận tiền căn TBMMN có tỷ lệ 16% trong nghiên cứu, nguy cơ hít sặc khi có yếu tố nguy cơ này so với không có yếu tố nguy cơ là 1,17 (CI 95%, 0,54-3,53). Tác giả định nghĩa hít sặc lâm sàng là NK với TN nuốt 50ml nước hoặc giảm SPO₂ hoặc cả hai. Vì vậy, tỉ số nguy cơ của chúng tôi khác so với của Selina.
- Liên quan giữa NK với giảm SPO₂ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rất cao, $p < 0,001$. BN NK có nguy cơ hít sặc cao dễ dẫn đến suy hô hấp. Điều này quan trọng trong thực hành lâm sàng. Khi BN có NK cần theo dõi sát hô hấp sau khi nuốt.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cho thấy NK khá phổ biến ở BN ĐQ cấp. NK có liên quan có ý nghĩa thống kê với tiền căn ĐQ, liệt VII TỬ, HC giả hành và mất phản xạ nôn. NK với TẢ dạng cứng thường gặp nhất, sau đó là nước và TẢ dạng sệt. Trong nhóm NK với nước, có khoảng 1/5 BN có SPO₂ giảm >2%. Do đó, cần theo dõi tình trạng hô hấp đặc biệt đối với những BN có NK.

KIẾN NGHỊ

Ở BN ĐQ cấp, cần thiết đánh giá NK càng sớm càng tốt, vì mỗi 2 ca ĐQ cấp là có 1 ca có NK. Khi khám lâm sàng, cần chú ý tiền căn ĐQ và các triệu chứng tổn thương thần kinh (liệt VII TỬ, hội chứng giả hành và phản xạ nôn) vì gợi ý khả năng có NK. Nên sử dụng cả 3 dạng TẢ (sệt, lỏng và cứng) để đánh giá NK. Đối với các trường hợp có NK, cần đặc biệt theo dõi tình trạng hô hấp trong và sau khi nuốt, vì mỗi 5 ca NK có 1 ca có SpO₂ giảm >2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nguyễn Thị Kim Liên (2005). Đơn vị đột quy bệnh viện nhân dân 115: Một số hoạt động (1/2004 - 8/2005), Bệnh viện Nhân dân 115.

[2] Vũ Anh Nhị (2006). *Thần kinh học*, Nhà xuất bản đại học quốc gia TP HCM, trang 245 – 268.

- [3] Nguyễn Bá Thắng (2006). *Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng sớm trong nhồi máu não tuần hoàn trước*, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y khoa, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, đã bảo vệ. 2006.
- [4] C. Foerch, M. Sitzer, K. Berger, H. Steinmetz, T. Neumann-Haefelin (2005). Difference in recognition of right and left hemispheric stroke. *The Lancet*. 366:392-393.
- [5] Cameron Sellars LB, Jeremy Bagg và cs (2007). Risk factors for chest infection in acute stroke – A prospective cohort study a prospective cohort study. *Stroke*.
<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/STROKEAHA.106.478156v1>
- [6] Cumhur Ertekin, Sultan Tarlaci, A. Bulent Turman and Nefati, Kiylioglu (2000). Mechanisms of dysphagia in suprabulbar palsy with lacunar infarct. *Stroke*. 1370-1376.
- [7] David G. Smithard (1997). The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia*. 12:188-193.
- [8] Deborah Ramsey, David Smithard và cs (2005). Is the gag reflex useful in the management of swallowing problems in acute stroke?. *Dysphagia*. 20:105-107.
- [9] DePippo. và cs (1992). Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol*. 49:1259-1261.
- [10] Enas S. Lawrence, Ruth Dundas và cs (2001). Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. *Stroke*. 32:1279-1284.
- [11] Giselle Mann B, Graeme J. Hankey và cs (1999). Swallowing function after stroke prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke*. 30:744-748.
- [12] Hamidon BB NI, Raymond AA và cs (2006). Risk factors and outcome of dysphagia after an acute ischaemic stroke. *Med J Malaysia*. 61:553-557.
- [13] Harold P. Adams J, Gregory del Zoppo và cs (2007). Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: Aeducational tool for neurologists american academy of neurology affirms the value of this guideline as a quality of care outcomes in research interdisciplinary working groups: The intervention council, and the atherosclerotic peripheral vascular disease and stroke council, clinical cardiology council, cardiovascular radiology and guideline from the american heart association/ american stroke association. *Stroke*. 38:1655-1711.
- [14] Judith A. Hinchey và cs (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*. 36:1972-1976.
- [15] Julie A Y Cichero BEM và cs (2006). *Dysphagia - foundation, theory and practice*, Bristish: John Wiley & Sons Inc.
- [16] Michaela Trapl, Michael Brainin và cs (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients the gugging swallowing screen. *Stroke*. 38.
- [17] Robert Teasell và cs (2002). The incidence, management, and complications of dysphagia in patients with medullary strokes admitted to a rehabilitation unit. *Dysphagia*. 17:115-120.
- [18] Rodica E. Petrea, Sudha Seshadri và cs (2009). Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the framingham heart study. *Stroke*. 40:1032-1037.
- [19] Rosemary Martino, Sanjit Bhogal và cs (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 36.
- [20] S. Broadley và cs (2003). Predictors of prolonged dysphagia following acute stroke. *Journal of Clinical Neuroscience*. 10:300-305.
- [21] Saif S. Rathore, Lawton S. Cooper và cs (2002). Characterization of incident stroke signs and symptoms. *Stroke*. 33:2718-2721.
- [22] Sala R MM, de la Calle J, Preciado I và cs (1998). Swallowing changes in cerebrovascular accidents: Incidence, natural history, and repercussions on the nutritional status, morbidity, and mortality. *Rev Neurol*. 27:759-766.
- [23] Selina H.B. Lim M, P.K. Lieu và cs (2001). Accuracy of bedside clinical methods compared with fiberoptic endoscopic examination of swallowing (fees) in determining the risk of aspiration in acute stroke patients. *Dysphagia*. 16:1:1-6.
- [24] Smith HA LS, O'Neill PA và cs (2000). The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: A safe and humane screening tool. *Age and Ageing*. 29:495-499.
- [25] Stephanie K. Daniels và cs (1999). Lingual discoordination and dysphagia following acute stroke: Analyses of lesion localization. *Dysphagia*. 14:85-92.
- [26] Stephanie K. Daniels. (2000). Optimal patterns of care for dysphagic stroke patients. *Seminars in speech and language*. 21:323-331.

- [27] Stephanie K. Daniels và Foundas AL (1999). Lesion localization in acute stroke patients with risk of aspiration. *Neuroimaging*. 9(2):91-8.
- [28] Thad Wilkins, Andria M. Thomas, Peggy J. Wagner và cs (2007). The prevalence of dysphagia in primary care patients: A hamesnet research network study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, http://www.medscape.com/viewarticle/555424_5.
- [29] Sundar Uma VP, Nishant Dwivedi, Murar E Yeolekar (2008). Dysphagia in acute stroke: Correlation with stroke subtype, vascular territory and in-hospital respiratory morbidity and mortality. *Neurology India*. 56:463-470.
- [30] Umapathi T VN, Leck KJ, Tan CB, Lee WL, Tjia H (2000). Tongue deviation in acute ischaemic stroke: A study of supranuclear twelfth cranial nerve palsy in 300 stroke patients. *Cerebrovascular Disease*. 10(6)::462-465.
- [31] Volker Steinhagen, Annette Grossmann, Reiner Benecke, Uwe Walter (2009). Swallowing Disturbance Pattern Relates to Brain Lesion Location in Acute Stroke Patients. *Stroke*. 40:1903-1906.