

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY MẮC RỐI LOẠN NUỐT TẠI TRUNG TÂM PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lương Tuấn Khanh
Nguyễn Thị Dung

*Trung tâm Phục hồi Chức năng,
Bệnh viện Bạch Mai*

Tác giả chịu trách nhiệm
Lương Tuấn Khanh

*Trung tâm Phục hồi Chức năng,
Bệnh viện Bạch Mai
Email: ltkrehab@yahoo.com
drruxi@gmail.com*

Ngày nhận bài: 9/05/2021
Ngày phản biện: 02/08/2021
ngày đồng ý đăng: 26/08/2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả dự phòng viêm phổi ở người bệnh đột quy mắc rối loạn nuốt tại Trung tâm phục hồi chức năng từ tháng 7 đến hết tháng 9 năm 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng đánh giá hiệu quả dự phòng viêm phổi tái phát do rối loạn nuốt ở 145 người bệnh đột quy vào điều trị nội trú tại Trung tâm Phục hồi chức năng - Bệnh viện Bạch Mai.

Kết quả: Sau can thiệp, tỷ lệ viêm phổi tái phát trong thời gian nằm viện là 20,7%. Trong đó tình trạng rối loạn nuốt tiến triển tốt lên, thể hiện bằng việc giảm tỷ lệ rối loạn nuốt nặng từ 38,1% xuống còn 9,2%, tỷ lệ người bệnh mắc rối loạn nuốt trở về bình thường là 50%.

Kết luận: Kết quả đạt được phù hợp với mục tiêu của nhóm cải tiến để ra, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc người bệnh.

Từ khóa: Đột quy não, viêm phổi, rối loạn nuốt.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một nhóm bệnh gây tử vong và tàn tật khá phổ biến trên thế giới. Số bệnh nhân có di chứng nặng và nhẹ chiếm 50%, số chết chiếm 24%, số sống và trở làm việc bình thường chiếm 26% [1].

Rối loạn nuốt là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân đột quy cấp, chiếm khoảng 42 - 67% [2,3,4,5] gây hít sặc dẫn đến viêm phổi với tỷ lệ lên đến 73,4% [6,7]. Viêm phổi tăng nguy cơ tử vong gấp 5,4 lần [6]. Trong đó, rối loạn nuốt làm tăng nguy cơ viêm phổi gấp 3,17 lần và hít sặc tăng nguy cơ viêm phổi gấp 6,95 - 11,57 lần, thậm chí gấp 18 lần [8,9,10,11].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Dung năm 2014 tại Trung tâm phục hồi chức năng - Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ viêm phổi trong nhóm người bệnh đột quy có rối loạn nuốt là 52,2%, cao gấp 18,55 lần so với nhóm người bệnh đột quy không có rối loạn nuốt [11]. Việc quản lý rối loạn nuốt không những giúp hạn chế nguy cơ viêm phổi hít sặc mà còn giúp giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong. [11,12].

Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành: “Đề án cải tiến chất lượng dự phòng viêm phổi ở người bệnh đột quy mắc rối loạn nuốt tại Trung tâm phục hồi chức năng - Bệnh viện

Bạch Mai” với mục tiêu nhằm đánh giá hiệu quả của can thiệp rối loạn nuốt trong dự phòng mắc viêm phổi tái phát trên người bệnh đột quỵ mắc rối loạn nuốt.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Tất cả người bệnh đột quỵ vào điều trị nội trú tại Trung tâm phục hồi chức năng.

2. Thiết kế

Nghiên cứu can thiệp không có đối chứng

3. Cỡ mẫu

Tất cả người bệnh đột quỵ vào điều trị nội trú tại trung tâm Phục hồi chức năng từ tháng 7 đến hết tháng 9 năm 2020.

4. Các bước can thiệp:

Bước 1: Thực hiện sàng lọc rối loạn nuốt bằng thang điểm SSA trong vòng 24 giờ đầu sau khi người bệnh nhập viện bởi điều dưỡng viên.

Bước 2: Những trường hợp nghi ngờ mắc rối loạn nuốt sẽ được điều dưỡng viên chuyển đến kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu để đánh giá chi tiết bằng thang điểm MASA.

Bước 3: Bác sĩ điều trị tiếp nhận kết quả đánh giá rối loạn nuốt từ kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu. Từ đó, thực hiện họp nhóm đa chuyên ngành để đưa ra mục tiêu và kế hoạch can thiệp rối loạn nuốt.

4.1. Bác sĩ

- Cung cấp thông tin bệnh sử.
- Tình trạng bệnh hiện tại.
- Kiểm soát các thương tật thứ cấp và yếu tố nguy cơ.

4.2. Điều dưỡng

- Thực hiện sàng lọc nuốt.
- Tham gia giám sát và hướng dẫn người bệnh tư thế, cách cho ăn an toàn và cách vệ sinh miệng.
- Phát hiện các dấu hiu hít sặc và biến chứng của rối loạn nuốt.
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh sơ bộ.

4.3. Chuyên viên ngôn ngữ

- Lượng giá lâm sàng chi tiết.
- Đưa ra mục tiêu cho từng người bệnh dựa trên kết quả lượng giá lâm sàng và thảo luận nhóm.
- Xây dựng chiến lược can thiệp dựa trên mục tiêu.
- Tiếp tục nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc cho ăn an toàn và vệ sinh miệng.

4.4. Chuyên viên dinh dưỡng

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng từ đó đưa ra mục tiêu cải thiện dinh dưỡng.
- Cung cấp chế độ ăn phù hợp với tình trạng bệnh và tình trạng rối loạn nuốt.

4.5. Dược sỹ lâm sàng và kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, vận động trị liệu:

- Cung cấp thông tin liên quan đến liều dùng và cách sử dụng thuốc.
- Tư vấn về nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.
- Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu : đánh giá các rối loạn nhận thức, chức năng thần kinh cấp cao (mất thực dụng) và hoạt động chức năng chi trên.
- Kỹ thuật viên vận động trị liệu : đánh giá

hoạt động thân mình và kiểm soát trương lực cơ toàn thân, các bài tập hô hấp.

Bước 4: Thực hiện chiến lược can thiệp theo mục tiêu đề ra ở bước 2 với sự tham gia của nhóm đa chuyên ngành và người bệnh, người chăm sóc.

5. Các chỉ số nghiên cứu

5.1. Lượng giá rối loạn nuốt và hít sặc bằng thang điểm MASA

- Thang điểm MASA bao gồm 24 mục, tổng điểm tối đa là 200, thông qua việc lượng giá lâm sàng để đánh giá tình trạng tương ứng với số điểm đạt được theo các mức độ rối loạn nuốt.

- Đánh giá: Rối loạn nuốt ≤ 177, hít sặc ≤ 169 và các mức độ theo bảng:

Bảng 2.1: Mức độ rối loạn nuốt và hít sặc

Mức độ	Rối loạn nuốt	Hít sặc
Không thấy bất thường	≤ 178-200	≤ 170-200
	≤ 168-177	≤ 149-169
Nhẹ	≤ 139-167	≤ 148
Trung bình	≤ 138	≤ 140
Nặng		

5.2. Viêm phổi:

Xác định tình trạng viêm phổi thông qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng X- quang tim phổi thẳng, công thức máu.

- Khám lâm sàng: hội chứng nhiễm trùng, nghe phổi có tình trạng ran ứ đọng và giảm thông khí.

- Cận lâm sàng: hình ảnh tăng đậm rốn phổi hoặc dày tổ chức kẽ lan tỏa.

- Công thức máu: tăng bạch cầu trung tính

trên 10.000 G/l.

6. Xử lý số liệu:

- Theo phần mềm xử lý số liệu SPSS 25.0.

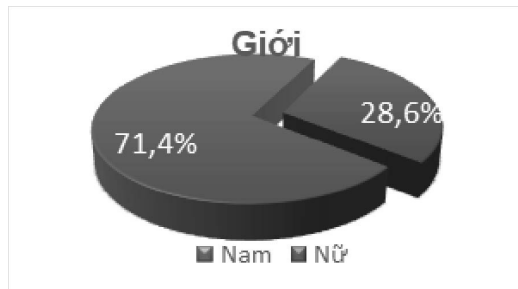
- Thống kê tính tỷ lệ % và trung bình.

- $p < 0,05$ được xem như sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

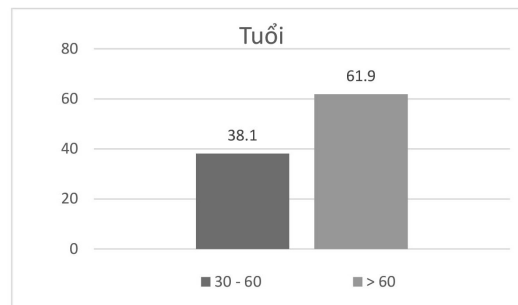
1. Đặc điểm chung của nhóm người bệnh mắc rối loạn nuốt

1.1. Đặc điểm về giới:



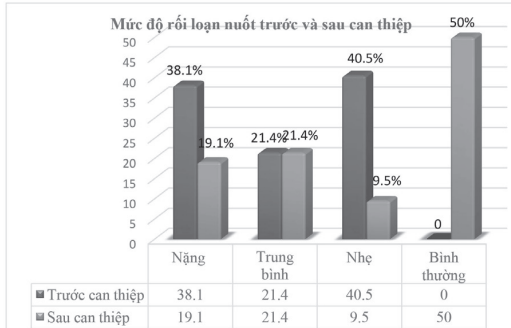
Nhận xét: Trong số 42 người bệnh mắc rối loạn nuốt có 30 nam (chiếm tỷ lệ 71,4%), 12 nữ (chiếm tỷ lệ 28,6%).

1.2. Đặc điểm về tuổi:



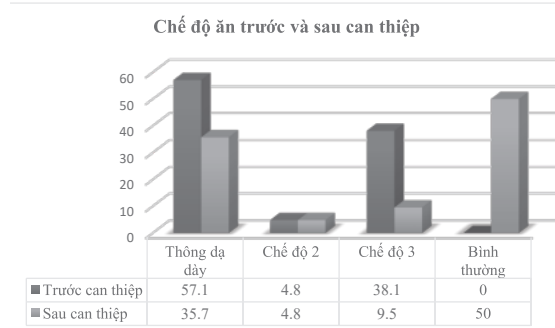
Nhận xét: Trong số 42 người bệnh đột quỵ mắc rối loạn nuốt không có người bệnh nào có lứa tuổi dưới 30, lứa tuổi từ 30 đến 60 chiếm 38,1%, lứa tuổi trên 60 chiếm 61,9%.

1.3. Mức độ rối loạn nuốt:



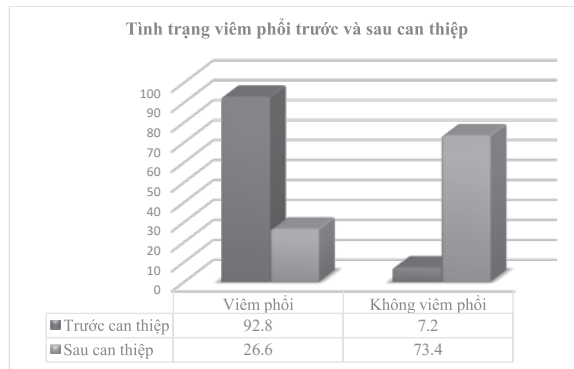
Nhận xét: Tình trạng rối loạn nuốt có cải thiện trước và sau can thiệp, tỷ lệ rối loạn nuốt nặng giảm từ 38,1% xuống còn 19,1 %, rối loạn nuốt nhẹ giảm từ 40,5% xuống còn 9,5%. Đặc biệt tỷ lệ nuốt bình thường sau can thiệp nâng lên từ 0% đến 50%.

1.4. Chế độ ăn trước và sau can thiệp:



Nhận xét: Tỷ lệ số người bệnh mắc rối loạn nuốt nặng ăn qua thông dạ dày giảm từ 57,1% xuống còn 35,7%. Tỷ lệ chế độ ăn bằng miệng mềm 3 giảm từ 38,1 xuống còn 9,5%. Đặc biệt số ca bệnh trở về chế độ ăn bình thường là 50%.

1.5. Tình trạng viêm phổi trước và sau khi can thiệp



Nhận xét: Tỷ lệ viêm phổi tái phát trong nhóm rối loạn nuốt giảm còn 26,6%. Trong khi tỷ lệ viêm phổi trước khi can thiệp là 92,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của tác giả Jalal Bakhtiyari và cs (2015) [12] trên 180 bệnh nhân chia thành ba nhóm can thiệp người bệnh đột quy mắc rối loạn nuốt tại ba thời điểm: can thiệp sớm (3 ngày sau khởi phát), can thiệp trung bình (sau 2 tuần khởi phát), can thiệp muộn (sau 1 tháng khởi phát) cho thấy việc can thiệp phục hồi chức

năng rối loạn nuốt sớm không những cải thiện tình trạng rối loạn nuốt mà còn giúp giảm tỷ lệ viêm phổi. Tuy nhiên, ở nhóm can thiệp sớm thì không có ca bệnh nào mắc viêm phổi trong khi hai nhóm còn lại vẫn còn tình trạng tái mắc viêm phổi và giữa hai nhóm này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, tỷ lệ viêm phổi tái phát có sự khác biệt rõ rệt giữa trước và sau khi can thiệp trong hai nhóm.

Viêm phổi	Can thiệp sớm (3 ngày sau khởi phát)%	Can thiệp trung bình (sau 2 tuần) %	Can thiệp muộn (sau 1 tháng)%	P
Trước can thIỆP	0 (0)	6 (30)	10 (50)	0.002
Sau can thiệp	0 (0)	1 (5)	3 (15)	0.158

Với đối tượng bệnh nhân đột quỵ mắc nuốt tại Trung tâm phục hồi chức năng, do được chuyển đến từ các đơn vị khác (Trung tâm Đột quỵ, Trung tâm Thần kinh) nên đa số việc can thiệp nuốt tiến hành sau khi khởi phát bệnh 2 tuần. Do vậy việc can thiệp giúp giảm tỷ lệ mắc viêm phổi từ 92,8 % xuống còn 26,6% (có ý nghĩa thống kê), điều này cũng phù hợp với nghiên cứu trên.

5. KẾT LUẬN

- Kết quả đạt được của việc dự phòng viêm phổi ở người bệnh rối loạn nuốt trên 142 người bệnh đột quỵ vào điều trị tại trung tâm phục hồi chức năng - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 7 đến hết tháng 9/ 2020 như sau:

+ Tỷ lệ viêm phổi xuất hiện trong thời gian nằm viện sau khi can thiệp là 20,7% giảm hơn so với tỷ lệ viêm phổi xuất hiện trước khi vào viện là 92,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

+ Trong đó tình trạng rối loạn nuốt tiến triển tốt lên sau can thiệp, thể hiện bằng việc giảm tỷ lệ rối loạn nuốt nặng từ 38,1% xuống còn 9,2%, tỷ lệ người bệnh mắc rối loạn nuốt trở về bình thường là 50%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American Speech-Language-Hearing Association (1999), Special Populations: Dysphagia. Research Resources and Advocacy, Rockville, MD. Unpublished data. ASHA Communication Facts.
- Nguyễn Thế Dũng (2009), 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, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
- Phan Nhật Trí, Nguyễn Thị Thu Hương (2011), Nghiên cứu rối loạn nuốt theo GUSS ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại bệnh viện Cà Mau 2010 - 2011, Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Cà Mau, Cà Mau.
- Smithard D.G., O'Neill P.A., Park C., Morris J. et al (1996), Complications and outcome after acute stroke, England, 1200-1204.
- Thad Wilkins M.D., Ralph A. Gillies et al. (2007). The Prevalence of Dysphagia in Primary Care Patients-A HimesNet Research Network Study, The Journal of the American Board of Family Medicine, 20(2), 144-150.
- Trần Văn Minh (2002), Nghiên cứu biến chứng sặc phổi ở các bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu và chống độc, Luận văn Bác sĩ CKII, Đại học Y Hà Nội.
- Rosemary Martino, Norine Foley, Nicholas Diamant (2000), Dysphagia after stroke: Incidence, Diagnosis and Pulmonary Complication, Stroke, 2756.
- Adams et al. (2007). Guilines for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke. Circulation 2007. 115, 478-534.

9. Yamamoto Haruko, Matsumoto Masayasu, Kazuo Hashikawa and Masatsugu Hori (2001), Stroke onset and Courses, Stroke Syndrome, Second Edition, 314-315.
10. Bath PMW, Bath - Hextall FJ, Smithard DG. (1999). Interventions for Dysphasia after Hemispheric stroke. J. Neurol. 52, 236-241.
11. Nguyễn Thị Dung (2014), Bước đầu tìm hiểu rối loạn nuốt và nhu cầu can thiệp phục hồi chức năng nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
12. Bakhtiyari, J., Sarraf, P., Nakhostin-Ansari, N., Tafakhori, A., Logemann, J., Faghizadeh, S., & Harirchian, M. H. (2015). Effects of early intervention of swallowing therapy on recovery from dysphagia following stroke. Iranian Journal of Neurology, 14(3), 119-124.

Abstract

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PREVENTING PNEUMONIA IN STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA AT REHABILITATION CENTERS - BACH MAI HOSPITAL

Abstract: Evaluation of the effectiveness of preventing pneumonia in stroke patients with swallowing disorders at the Rehabilitation Center from July to September 2020.

Objective: Reducing the incidence of pneumonia in stroke patients with dysphagia at the Rehabilitation Center from 52.2% (2014) to 20% (2020).

Methods: intervention study evaluating the effectiveness of prevention of recurrent pneumonia due to dysphagia in 145 stroke patients who entered inpatient treatment at rehabilitation center - Bach Mai Hospital from July to the end of September in 2020. **RESULTS:** After the intervention, the rate of recurrent pneumonia during hospital stay was 20.7%. In which, the swallowing disorder improved, as shown by reducing the rate of severe dysphagia from 38.1% to 9.2%, the rate of patients with dysphagia returning to normal is 50%. **CONCLUSIONS:** The results achieved are in line with the goals of the improvement group, contributing to improving the quality of treatment and care for patients.

Key words: Stroke, pneumonia, dysphagia.