

Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn nuốt trên người bệnh đột quỵ não giai đoạn cấp bằng điện châm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF SWALLOWING DISORDERS IN ACUTE BRAIN STROKE PATIENTS USING ELECTRO-ACUPUNCTURE AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2023

Nguyễn Thị Thuý¹, Nguyễn Văn Quang², Vũ Thị Tố Uyên²

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn nuốt bằng điện châm trên người bệnh đột quỵ não giai đoạn cấp tại Khoa Thần kinh-Đột quỵ Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải phòng năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 32 bệnh nhân được chẩn đoán xác định có rối loạn nuốt sau đột quỵ não giai đoạn cấp. Nghiên cứu lâm sàng, so sánh trước sau điều trị. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 1/2023-tháng 10/2023.

Kết quả: Sau điều trị điểm GUSS trung bình sau điều trị là $13,72 \pm 3,74$ điểm, so với trước điều trị là $4,47 \pm 2,33$ điểm ($p < 0,05$), có 84,4% (27/32) người bệnh được rút sonde dạ dày, thời gian rút được sonde dạ dày trung bình là $9,81 \pm 2,9$ ngày.

Kết luận: Điện châm là phương pháp an toàn, có hiệu quả trong cải thiện tình trạng rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não giai đoạn cấp.

Từ khoá: Rối loạn nuốt, điện châm, đột quỵ não.

SUMMARY

Objective: To evaluate the effectiveness of treating swallowing disorders with electroacupuncture in patients with acute brain stroke at the Department of Neurology - Stroke, Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong in 2023.

Subjects and methods: 32 patients were diagnosed with swallowing disorders after acute brain stroke. Clinical research, comparison before and after treatment. The study was conducted at Viet Tiep Friendship Hospital, from January 2023 to October 2023.

Results: After treatment, the average GUSS score after treatment was 13.72 ± 3.74 points, compared to 4.47 ± 2.33 points before treatment ($p < 0.05$). 84.4% (27/32) of patients had their gastric tube removed. The average time to remove the gastric tube was 9.81 ± 2.9 days.

Conclusion: Electroacupuncture is a safe and effective method in improving swallowing disorders in patients with acute brain stroke.

Keywords: Swallowing disorders, electroacupuncture, brain stroke.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thuý

Số điện thoại: 0986126124

Email: ntthuy@hpmu.edu.vn

<https://doi.org/10.60117/vjmap.v58iĐặc biệt 01.331>

Ngày nhận bài: 18/09/2024

Ngày phản biện: 03/10/2024

Ngày chấp nhận đăng: 07/01/2025



ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não (ĐQN) là một trong những nguyên nhân hàng đầu trong các bệnh lý thần kinh trung ương. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), mỗi năm thế giới có 16,3 triệu người mắc mới, ở Việt Nam tỷ lệ này là 150.000 người [1],[2]. Hậu quả của ĐQN là khá nặng nề, trong đó rối loạn nuốt (RLN) là một trong những vấn đề thường gặp xảy ra sau ĐQN.

RLN xảy ra ở khoảng một nửa số người bệnh ĐQN và gây hậu quả nghiêm trọng như hít sặc, viêm phổi do hít sặc, làm tăng tỷ lệ tử vong, ngoài ra RLN còn ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và tình trạng sức khỏe của người bệnh như sụt cân, suy dinh dưỡng, mất nước, trầm cảm, giảm khả năng tái hoà nhập cộng đồng [3],[4]. Từ đó đòi hỏi việc cần thiết phải phát hiện và điều trị sớm RLN ở người bệnh ĐQN nhằm phòng tránh các biến chứng trên. Thử nghiệm đánh giá mức độ rối loạn nuốt GUSS (GUGGING SWALLOWING SCREEN) là một phương pháp đơn giản dễ làm, thường được thực hiện bởi điều dưỡng phòng bệnh và tiến hành tại giường bệnh dùng 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 khuyến cáo về chế độ dinh dưỡng phù hợp. Michaela Trapl và cộng sự đã nghiên cứu phát triển thang điểm lượng giá nuốt GUSS từ 6/2005 và công bố vào tháng 10/2027, với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 50%[5]. Hiện nay, thang điểm này được sử dụng rộng rãi trong đánh giá chức năng nuốt trên người bệnh đột quy não.

Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp phục hồi chức năng nuốt ở người bệnh ĐQN như phục hồi chức năng, can thiệp xâm nhập, điều trị ngoại khoa đem lại hiệu quả khả quan, tuy nhiên thời gian thường kéo dài.

Y học cổ truyền (YHCT), RLN thuộc phạm vi chứng Ế cách được điều trị bằng phương pháp điện châm hoặc uống thuốc sắc đông y. Đối với những người bệnh đột quy não giai đoạn cấp có rối loạn nuốt, tình trạng nuốt của bệnh nhân

thường gặp trở ngại lớn, do đó, việc lựa chọn phương pháp điện châm để điều trị kết hợp cho bệnh nhân là một lựa chọn tối ưu. Theo tác giả Nguyễn Văn Thành (2014), bước đầu đánh giá tác dụng của điện châm điều trị rối loạn phản xạ nuốt ở 60 bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp thấy trên 90% số bệnh nhân điều trị đạt kết quả khá và tốt [6] cho thấy việc lựa chọn phương pháp điện châm điều trị rối loạn nuốt sau giai đoạn cấp là sự kết hợp có hiệu quả. Câu hỏi đặt ra liệu kết hợp phương pháp điện châm của y học cổ truyền kết hợp với thuốc y học hiện đại có mang lại hiệu quả trong điều trị rối loạn nuốt ở người bệnh đột quy não giai đoạn cấp? Để có được câu trả lời một cách khoa học chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn nuốt bằng điện châm trên người bệnh đột quy não giai đoạn cấp tại Khoa Thần kinh-Đột quy bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp Hải phòng năm 2023.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn người bệnh: Người bệnh được chẩn đoán RLN sau ĐQN giai đoạn cấp điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp. Mức độ RLN theo thang điểm GUSS ≤ 19 điểm. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh hôn mê Glasgow < 13 điểm. Người bệnh ĐQN đang thở máy. Người bệnh có tiền sử RLN do tiền sử ĐQN trước đây. Người bệnh bị tái phát ĐQN trong quá trình điều trị.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Đột quy và Khoa Thần kinh - Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp. Thời gian từ tháng 1/2023 – tháng 10/2023.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, gồm $n = 32$ bệnh nhân được chẩn đoán xác



định là rối loạn nuốt sau đột quỵ não theo tiêu chuẩn chọn lựa người bệnh.

Biến số, chỉ số nghiên cứu:

Tuổi, giới, thời gian khởi phát RLN trước điều trị, thể đột quỵ não, mức độ RLN trước điều trị.

Điểm GUSS trung bình, mức độ RLN, tình trạng đặt sonde dạ dày, thời gian rút sonde dạ dày, so sánh hiệu quả trước và sau điều trị.

Tác dụng không mong muốn: Vụng châm, gãy kim, nhiễm trùng tại chỗ.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Người bệnh được làm bệnh án, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán xác định, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh, tiến hành điều trị cho người bệnh bao gồm phác đồ điều trị thuốc nền (YHHĐ: Cerebrolysin 215,2mg/ml, 10ml/ống của hãng Ever Neuro Pharma, pha 2 ống trong 250ml Natri clorid 0,9% truyền tĩnh mạch; thuốc chống ngưng tập tiểu cầu Aspirin 81mgmg/viên cầu hãng Stella, thuốc điều trị tăng huyết áp dài tháo đường kèm theo) và điện châm theo phương huyết được sử dụng trong nghiên cứu [7]. Bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo

mẫu thống nhất. Mỗi người bệnh được đánh giá đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu tại các thời điểm ngày bắt đầu điều trị, ngày kết thúc điều trị. Thử nghiệm đánh giá mức độ rối loạn nuốt GUSS (GUGGING SWALLOWING SCREEN) thường được thực hiện bởi điều dưỡng phòng bệnh và tiến hành tại giường bệnh. Sàng lọc này được thực hiện gồm 2 bước: Thử nghiệm Nuốt gián tiếp (nước bọt) và Trực tiếp (thức ăn), sau đó mức độ rối loạn nuốt của người bệnh được đánh giá thông qua thang điểm đánh giá (bảng Đánh giá kết quả thử nghiệm theo thang điểm GUSS) Công thức huyết:

Châm tả: Thương liên tuyến, Ngoại kim tâm, Ngoại ngọc dịch, Thiên đột, Bách hội, Đản trung, Trung quản, Thông lý.

Châm bổ: Quan nguyên, Khí hải, Túc tam lý (hai bên).

Quy trình điện châm thực hiện quy trình 4 bước theo quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013 của Bộ y tế [8].

Phương pháp đánh giá hiệu quả điều trị:

Tiêu chuẩn đánh giá RLN theo thang điểm GUSS:

Đánh giá kết quả thử nghiệm theo thang điểm GUSS

Điểm	Diễn giải	Mức độ khó nuốt	Nguy cơ hít sặc
20	Nuốt được với cả ba dạng thức ăn: Sệt, lỏng và rắn.	Không	Rất ít
15 – 19	Nuốt được hai dạng thức ăn: Sệt và lỏng, không nuốt được dạng rắn.	Nhẹ	Thấp
10 – 14	Chỉ nuốt được thức ăn dạng sệt, không nuốt được dạng lỏng.	Trung bình	Trung bình
0 – 9	Thất bại với thử nghiệm nuốt nước bọt cơ bản và khó nuốt với thức ăn dạng sệt.	Nặng	Cao



Hiệu quả điều trị trên lâm sàng:

Tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả của điều trị RLN

Phân loại		Định nghĩa
Có hiệu quả	Tốt	Chuyển từ 2 mức độ trở lên
	Khá	Chuyển được một mức độ
Không hiệu quả	Kém	Không chuyển mức độ hoặc biến chứng viêm phổi do hít sặc

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu được được nhập và xử lý theo chương trình SPSS 20.0. Trong đó sử dụng các thuật toán, tính các giá trị (tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn), kiểm định Chi-bình phương, so sánh trước sau Paired-Sample T test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng theo quyết định 6748/QĐ-BVVT ngày 01/12/2023. Nghiên cứu được thực hiện trên nguyên tắc tôn trọng, bảo mật và vì lợi ích của người bệnh.

KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính (n=32)	Nam	16	50
	Nữ	16	50
Nhóm tuổi (n=32) ($\bar{X} \pm SD$) = 70,84 $\pm$ 12,59 tuổi	≤ 60	9	28,13
	> 60	23	71,88
Thể đột quỵ (n=32)	Nhồi máu não	30	93,75
	Xuất huyết não	2	6,25
Vị trí tổn thương (n=32) ($\bar{X} \pm SD$) = 72,03 $\pm$ 45,57	$\leq 48h$	13	40,6
	$> 48h$	19	59,4
Mức độ RLN trước điều trị (n=32)	Nhẹ	0	0
	Trung bình	3	9,38
	Nặng	29	90,62



Tỷ lệ người bệnh mắc bệnh cao nhất thuộc nhóm >60 tuổi, chiếm 71,9%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Tỷ lệ người bệnh nữ là 50% (16/32), tỷ lệ người bệnh nam là 50% (16/32). Tỷ lệ nam và nữ là như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Tỷ lệ người bệnh nhồi máu não chiếm 93,75%, sự khác biệt giữa NMN và XHN có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Mức độ RLN nặng chiếm 90,6% (29/32), RLN trung bình trước điều

trị, chiếm 9,4% (3/32). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Người bệnh được điều trị kết hợp điện châm trong ≤ 48 h từ thời điểm khởi phát RLN chiếm 40,6 % (13/32), sau 48h từ thời điểm khởi phát RLN chiếm 49,4% (19/32). Thời gian trung bình từ lúc khởi phát đến khi điều trị điện châm là 72 giờ $\pm 45,6$ giờ.

Sự thay đổi mức độ RLN theo thang điểm GUSS trung bình trước và sau điều trị

Bảng 2. Sự thay đổi mức độ RLN theo GUSS trước và sau điều trị

GUSS và mức RLN theo GUSS	Trước điều trị (%)	Sau điều trị (%)	P
Nhẹ	0	46,9	$p<0,05$
Trung bình	9,38	37,5	$p<0,05$
Nặng	90,62	15,6	$p<0,05$
Điểm GUSS	$4,47 \pm 2,33$	$13,72 \pm 3,74$	$p<0,05$
Độ chênh		$9,25 \pm 3,01$	

Sự chênh lệch điểm GUSS trung bình trước và sau điều trị là $9,25 \pm 3,01$ điểm. Điểm GUSS trung bình sau điều trị cải thiện rõ rệt so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Sau điều trị, tỷ lệ người bệnh RLN nặng giảm

xuống 15,6% (5/32); tỷ lệ người bệnh RLN nhẹ tăng lên 46,9% (15/32), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Hiệu quả điều trị RLN trên lâm sàng theo thang điểm GUSS

Bảng 3. Hiệu quả điều trị RLN trên lâm sàng theo thang điểm GUSS

Hiệu quả điều trị		Số lượng (n = 32)		p
		n	%	
Có hiệu quả	Tốt	13	40,6	$p<0,05$
	Khá	14	43,8	
Không hiệu quả	Kém	5	15,6	
Tổng		32	100	

Hiệu quả điều trị RLN bằng phương pháp điện châm đạt 84,4% (27/32), không hiệu quả là 15,6% (5/32). Sự khác biệt này

có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Tình trạng đặt sonde dạ dày trước và sau điều trị



Bảng 4. Tình trạng sonde dạ dày trước và sau điều trị

Tình trạng đặt sonde dạ dày	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Có	32	100	5	15,6	p< 0,05
Không	0	0	27	84,4	p< 0,05
Tổng	32	100	32	100	

Sau điều trị, tỷ lệ người bệnh được rút sonde dạ dày là 84,4% (27/32), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Thời gian người bệnh được rút sonde dạ dày

Bảng 5. Thời gian người bệnh được rút sonde dạ dày

Số ngày rút sonde	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
< 10 ngày (1)	16	50,0	p < 0,05
10 – 15 ngày (2)	10	31,3	
>15 ngày (3)	1	3,1	
Không rút được sonde	5	15,6	
Tổng	32	100	
Trung bình (ngày)	9,81 ± 2,9		

Thời gian người bệnh được rút sonde dạ dày trung bình là 9,81 ± 2,9 ngày. Người bệnh được rút sonde dạ dày chủ yếu trong khoảng dưới 10 ngày, chiếm 50% (16/32), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Trên lâm sàng không thấy có tác dụng không mong muốn nào trong quá trình điều trị như: Chảy máu và nhiễm trùng vị trí châm, vệt châm, cong kim, gãy kim, dị ứng mẫn ngứa,...

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tiến hành điện châm trên 32 người bệnh được chẩn đoán RLN do ĐQN giai đoạn cấp và được đánh giá bằng thang điểm lượng giá nuốt theo thang điểm GUSS, chúng tôi thấy rằng:

Tuổi: Kết quả về độ tuổi trung bình các

người bệnh của chúng tôi là 70,84 ± 12,59 tuổi, tương đồng với kết quả của Nguyễn Văn Thành (2014), NC trên 60 người bệnh có độ tuổi trung bình là 64,78 ± 11,32 tuổi, phần lớn người bệnh ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ 70% [6], kết quả này cũng tương đồng với xu hướng tuổi thọ trung bình của người Việt Nam tăng trong những năm gần đây. Bên cạnh đó, theo nghiên cứu của Lê Thị Hương và cộng sự (2016) trên 6167 người bệnh tại 8 tỉnh thành thuộc 8 vùng sinh thái trên cả nước kết quả cho thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ ĐQN càng tăng [9].

Giới: Tỷ lệ người bệnh nam và nữ trong nghiên cứu đều chiếm 50% (16/32). Tỷ lệ nữ/nam là 1/1. Trong hầu hết các nghiên cứu trước đó trong và ngoài nước, tỷ lệ nam hầu như cao hơn nữ. Nguyễn Thị Dung (2014) là 2,2/1 [10], Nguyễn Đức Trung (2016) là 3,39/1



[3], có thể do số lượng mẫu của chúng tôi nhỏ nên kết quả chưa thực sự tương đồng.

Thể đột quỵ não: Người bệnh ĐQN trong nghiên cứu chủ yếu ở thể Nhồi máu não, chiếm tỷ lệ 93,8%. Điều này có thể giải thích do các nguyên nhân gây ra đột quỵ não. Có nhiều nguyên nhân dẫn tới nhồi máu não như tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, các huyết khối từ tim,... tuy nhiên, nguyên nhân gây ra xuất huyết não thường gặp là tăng huyết áp, chiếm 60-70%. Hiện nay, việc kiểm soát tăng huyết áp đã được quản lý tương đối tốt bằng cấp phát thuốc định kỳ của bảo hiểm y tế đến tận tuyến cơ sở và người bệnh có thể tự theo dõi huyết áp tương đối chính xác bằng huyết áp điện tử tại nhà, cùng với truyền thông rộng rãi nâng cao nhận thức của người dân. Vì vậy, tỷ lệ người bệnh xuất huyết não có tỷ lệ thấp hơn so với nhồi máu não.

Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc điều trị RLN:

Thời gian trung bình từ khi khởi phát đến khi điều trị là $72,03 \pm 45,57$ giờ. Bảng 3 cho thấy, người bệnh điều trị trước 48h có tỷ lệ (13/32). Người bệnh điều trị sau 48h có tỷ lệ (19/32).

Mức độ RLN theo thang điểm GUSS:

Trong nghiên cứu, người bệnh được đánh giá theo thang điểm GUSS. Đa phần là các người bệnh có RLN mức độ nặng, chiếm 90,6% (29/32). Tỷ lệ bệnh có RLN mức độ trung bình là 9,4% (3/32). NC của Nguyễn Văn Thành (2014), RLN mức độ nặng chiếm 33,3%, trung bình chiếm 60%, nhẹ là 6,67%. [6] Sự khác biệt này có thể do phương pháp nghiên cứu và cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu của mỗi tác giả.

Kết quả điều trị theo điểm GUSS

Trong nghiên cứu, điểm GUSS trung bình trước điều trị là $4,47 \pm 2,33$ điểm, sau điều trị là $13,72 \pm 3,74$ điểm. Độ chênh lệch trước và sau điều trị là $9,25 \pm 3,01$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ người bệnh RLN nặng giảm từ 90,6% xuống 15,6%; Tỷ lệ người bệnh RLN nhẹ tăng từ 0% lên 46,9%. Theo Nguyễn Văn Thành (2014), nghiên cứu ở

60 người bệnh RLN sau nhồi máu não cấp, nhóm nghiên cứu có kết quả 53,33% đạt hiệu quả tốt và 46,67% đạt hiệu quả khá, không có người bệnh nào không dịch chuyển mức độ RLN [6]. Liang Qin và cộng sự (2019) nghiên cứu ở 52 người bệnh RLN sau đột quỵ não, được điều trị châm cứu hai huyết chính là Liêm tuyền và Ấ phong, những huyết bổ trợ khác: Phong trì, Phong phủ, Hoàn cốt, Liệt Khuyết, Kim tân, Ngọc dịch,... đạt hiệu quả là 88,46% và 11,54% thất bại trong điều trị [11]. Kết quả của các tác giả trên giúp cho thấy rằng châm cứu có hiệu quả cải thiện rõ rệt điều trị RLN ở BN đột quỵ não.

Phương pháp được dùng trong nghiên cứu của chúng tôi là điện châm, sự kết hợp giữa tác dụng của dòng điện và tác dụng châm cứu, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị.

Kết quả điều trị theo tình trạng và thời gian rút sonde dạ dày

Tỷ lệ người bệnh đặt sonde dạ dày trước khi điều trị là 100% (32/32). Sau điều trị, có 84,6% người bệnh (27/32) được rút sonde dạ dày, 15,6% người bệnh (5/32) còn tiếp tục dinh dưỡng qua sonde dạ dày. Không có người bệnh nào tiến triển nặng thêm trong quá trình điều trị. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đặt sonde dạ dày ở người bệnh RLN là một thủ thuật cần thiết để duy trì dinh dưỡng cho người bệnh, tuy nhiên hậu quả khi sử dụng sonde dạ dày kéo dài bao gồm: Kích thích, di lệch, tắc mũi hoặc tổn thương niêm mạc mũi; khó vệ sinh; cho ăn gián đoạn; giảm chức năng cơ vòng thực quản trên, tăng nguy cơ trào ngược. Do đó, việc rút ngắn được thời gian phải đặt sonde dạ dày có một vai trò quan trọng trong quá trình phục hồi của người bệnh.

Bên cạnh đó, việc đặt sonde dạ dày có thể gây ra bất lợi và sai sót đối với việc đánh giá bằng thang điểm lượng giá nuốt GUSS qua đường miệng, vì làm giảm đường kính trong của đường nuốt. Qua đó cần khắc phục bằng cách đánh giá nhiều lần và đánh giá trong thời



gian thay sonde dạ dày của người bệnh.

Như vậy, phương pháp điện châm theo phác đồ trên đã làm giảm số lượng BN ăn qua sonde cũng như giảm thời gian người bệnh ăn qua sonde vì vậy sẽ làm giảm những biến chứng do sonde dạ dày gây ra.

Tác dụng không mong muốn

Trên lâm sàng, không thấy tác dụng không mong muốn nào trong quá trình điều trị. Như vậy, phương pháp điện châm điều trị RLN sau ĐQN giai đoạn cấp là phương pháp an toàn và có thể áp dụng rộng rãi trong điều trị.

Hạn chế của đề tài: Với cách lấy mẫu thuận tiện, số lượng mẫu nhỏ $n = 32$, các kết quả của đề tài tuy thể hiện được tính hiệu quả của phương pháp điện châm điều trị kết hợp dùng thuốc trong điều trị Rối loạn nuốt trên người bệnh đột quỵ não, tuy nhiên chưa thực sự mang tính đại diện rộng rãi cho quần thể lớn, cần có những nghiên cứu lớn hơn, trên quy mô rộng ở các địa phương khác nhau để thu được những thông tin khách quan hơn.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị cho 32 người bệnh chẩn đoán RLN sau ĐQN giai đoạn cấp bằng phương pháp điện châm kết hợp phác đồ nền tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, chúng tôi thấy rằng, kết hợp điện châm trong điều trị RLN giúp cải thiện thang điểm GUSS trung bình từ $4,47 \pm 2,33$ điểm trước điều trị tăng lên $13,72 \pm 3,74$ điểm sau điều trị ($p < 0,05$). Tỷ lệ người bệnh được rút sonde dạ dày tăng đáng kể sau điều trị chiếm 84,4% (27/32). Thời gian rút được sonde dạ dày trung bình là $9,81 \pm 2,9$ ngày. Người bệnh được kết hợp điện châm trước 48h có hiệu quả điều trị 100% (13/13). Người bệnh được kết hợp điện châm sau 48h có hiệu quả điều trị 73,7% (14/19). Không xuất hiện tác dụng không mong muốn nào của phương pháp điện châm.

Vì vậy điện châm là phương pháp an toàn,

có hiệu quả cải thiện tình trạng RLN ở người bệnh ĐQN giai đoạn cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não*, Ban hành kèm theo Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế, 2020, tr.8-49.
2. **Lê Đức Hình.** *Thần kinh học trong thực hành đa khoa*, Nhà xuất bản Y học, 2006, tr.222-238.
3. **Nguyễn Đức Trung.** *Nghiên cứu RLN ở người bệnh Nhồi máu não bằng thang điểm của Mann và đánh giá các yếu tố liên quan*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
4. **Zhang C, Bian J, Meng Z, et al.** Tongguan Liqiao acupuncture therapy improves dysphagia after brainstem stroke, *Neural Regen Res.* 2016, 11(2), pp.285-291, doi:10.4103/1673-5374.177737.
5. **Trapl M, Enderle P, Nowotny M, et al.** Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 2007;38(11):2948-2952. doi:10.1161/STROKEAHA.107.483933.
6. **Nguyễn Văn Thành.** *Bước đầu đánh giá tác dụng của điện châm điều trị rối loạn phản xạ nuốt ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp*. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
7. **Đoàn Thị Thanh Tú.** *Đánh giá kết quả của phương pháp điện châm điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não*. Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà nội, 2020.
8. **Bộ Y tế.** *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Ban hành kèm theo Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế, 2013, tr.4-6.
9. **Lê Thị Hương, Dương Thị Phượng, Lê Thị**



Tài, Nguyễn Thùy Linh. Tỷ lệ mắc đột quỵ tại 8 tỉnh thành thuộc 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013-2014 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 2016, 104(6), tr.1-9.

10. Nguyễn Thị Dung. *Bước đầu tìm hiểu RLN và nhu cầu can thiệp Phục hồi chức năng ở người bệnh tai biến mạch máu não.* Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.

11. Qin L, Zhang X-P, Yang X-C, Cui C-H, Shi J,

Jia C-S. Deep acupuncture of Lianquan (CV23) and Yifeng (TE17) in combination with conventional acupuncture of other acupoints is superior to swallowing rehabilitation training in improving post-stroke dysphagia in apoplexy patients. *Zhen Ci Yan Jiu Acupunct Res*, 2019, 44(2), pp.144-147, doi:10.13702/j.1000-0607.180018.