

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP: CAN THIỆP DINH DƯỠNG HỖ TRỢ BỆNH NHÂN MẮC RỐI LOẠN NUỐT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

*Nguyễn Thuỳ Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Khánh Huyền<sup>2</sup>,  
Đương Thị Phương<sup>3</sup>*

**Mục tiêu:** Báo cáo can thiệp hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân rối loạn nuốt tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Trình bày trường hợp:** Bệnh nhân nam, 29 tuổi, chẩn đoán xác định rối loạn nuốt trên bệnh nhân nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ vừa, suy tim, suy thận, đột quỵ não, tăng huyết áp. **Kết quả:** Bệnh nhân có thể ăn bằng đường miệng bỏ sung chất tạo đặc, chế độ ăn có kiểm soát protein 0,6 g/kg/ngày, muối 4 g/ngày. Ngày thứ nhất cung cấp năng lượng đường miệng 1000 - 1100 kcal. Ngày thứ hai, giá trị năng lượng đạt 1400 - 1500 kcal/ngày. Ngày thứ 3 đến ngày thứ 8, năng lượng đạt 25 - 30 kcal/kg/ngày. Bệnh nhân hồi phục chức năng nuốt trở lại bình thường. **Kết luận:** Can thiệp dinh dưỡng cho người mắc rối loạn nuốt bằng chất tạo đặc kết hợp với phục hồi chức năng giúp bệnh nhân ăn được đường miệng, giảm các nguy cơ biến chứng do đặt sonde, nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm thời gian điều trị và tăng hiệu quả hồi phục.

**Từ khóa:** *Rối loạn nuốt, chất tạo đặc, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ăn bằng đường miệng là nhu cầu cơ bản của con người để cung cấp năng lượng và chất dinh dưỡng nhằm duy trì sự sống, hoạt động và đem lại niềm yêu thích qua việc thưởng thức hương vị, nâng cao chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, không phải tất cả mọi người đều có khả năng ăn uống bình thường. Đặc biệt là những người mắc rối loạn nuốt, rất dễ bị hít sặc hoặc hít sặc thềm lặn khi ăn uống dẫn đến nguy hiểm tính mạng hay nhẹ hơn là viêm phổi, suy dinh dưỡng, mất nước....

Chứng rối loạn nuốt hay khó nuốt làm người bệnh tốn nhiều thời gian và nỗ lực

hơn người bình thường để vận chuyển thức ăn và đồ uống từ miệng đến dạ dày. Khó nuốt gặp phải do tổn thương thần kinh hoặc cấu trúc ở hệ thống tiêu hóa trên, có thể dẫn đến nuốt thức ăn và chất lỏng không an toàn [1]. Trên thế giới ước tính có khoảng 8% dân số đang bị ảnh hưởng bởi khó nuốt. Ở Việt Nam, có nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ rối loạn nuốt trên bệnh nhân đột quỵ khá cao ước tính 33% đến 81% [2, 3]. Hiện nay, tại các bệnh viện ở Việt Nam, chỉ định cho ăn qua đường tiêu hóa (đặt sonde) ở bệnh nhân mắc rối loạn nuốt được áp dụng phổ biến vì chế độ ăn rối loạn nuốt chưa phát triển. Điều này dẫn

<sup>1</sup>TS. - Trường Đại học Y Hà Nội

Email: linhngthuy@hmu.edu.vn

<sup>2</sup>CNDD. – Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>BS. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Ngày gửi bài: 10/5/2020

Ngày phản biện đánh giá: 20/5/2020

Ngày đăng bài: 25/9/2020

đến giảm chất lượng cuộc sống và có thể tiềm ẩn những nguy cơ viêm phổi do ống sonde hoặc chậm quá trình phục hồi chức năng khoang miệng, hầu họng và kéo dài thời gian điều trị. Tuy nhiên tại các nước phát triển, chế độ ăn cho bệnh nhân rối loạn nuốt bằng đường miệng đã được phát triển hơn chục năm nay. Chất lỏng có thể là nguyên nhân dẫn đến viêm phổi hay thậm chí là tử vong ở những bệnh nhân khó nuốt [1]. Vì vậy, việc thay đổi cấu trúc của chất lỏng bằng các chất làm đặc đã đem lại hiệu quả điều trị giảm mất nước, viêm phổi, tăng chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân khó nuốt với các bệnh như đột quỵ, Parkinson, ung thư đầu cổ, hội chứng mất trí.... [4]. Bên cạnh đó, chế độ ăn cho bệnh nhân có rối loạn nuốt cần đảm bảo tính an toàn thể hiện ở cấu trúc thực phẩm: độ gắn kết cao, độ bám dính thấp và tính biến dạng cao. Hiện nay, chất tạo đặc đáp ứng được những yếu tố an toàn trên được phát triển tại Nhật Bản có thể sử dụng ngay sau khi pha vào đồ ăn hoặc nước uống..

Nhân một trường hợp can thiệp hỗ trợ nuôi dưỡng bằng chế độ ăn cho bệnh nhân có rối loạn khó nuốt thành công, chúng tôi viết bài báo này với mục tiêu chia sẻ kinh nghiệm và hi vọng trong tương lai gần người bệnh mắc rối loạn nuốt ở Việt Nam sẽ được hưởng chế độ chăm sóc tốt nhất.

## II. TRÌNH BÀY TRƯỜNG HỢP

**2.1. Hoàn cảnh phát hiện ca bệnh:** Bệnh nhân nam 29 tuổi, tiền sử suy tim, suy thận và tăng huyết áp 2 năm, điều trị bằng thuốc đông y không rõ. Cách nhập viện khoảng 2 giờ, bệnh nhân thất

ngôn, khó thở, vào khoa cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Hà Nội điều trị 2 ngày chuyển Trung tâm Tim mạch theo dõi tiếp. Chiều cao 180 cm, cân nặng 90 kg. BMI: 27,7 kg/m<sup>2</sup>; SGA (Subjective Global Assessment): mức độ B. Bệnh nhân nuốt sặc tất cả các loại thực phẩm bao gồm cả chất lỏng như nước, sữa. Năng lượng ăn vào một ngày là 300 Kcal/ngày. Sau 3 ngày điều trị, kết quả xét nghiệm prealbumin là 20 mg/dl, protein toàn phần 56,6 g/l, K<sup>+</sup> 3,4 mmol/l. Bác sĩ chỉ định đặt sonde mũi – dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh. Sau khi hội chẩn giữa khoa Dinh dưỡng và Phục hồi chức năng, người bệnh được chẩn đoán rối loạn nuốt trên bệnh nhân nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ vừa, suy tim, suy thận, đột quỵ não, tăng huyết áp. Bệnh nhân được chỉ định chế độ ăn rối loạn nuốt có sử dụng chất tạo đặc.

### 2.2. Kế hoạch, quy trình quản lý và điều trị dinh dưỡng:

Về đường nuôi dưỡng: Bệnh nhân được chỉ định nuôi ăn bằng đường miệng, sử dụng sản phẩm chất tạo đặc với mức độ làm đặc là 2% (pha 1 gói chất tạo đặc 3 g vào 150 ml chất lỏng sẽ thu được độ đặc 2%).

Ngày thứ nhất, bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng chế độ ăn súp HP13.B 300 ml x 3 lần/ngày (năng lượng của 1 chai súp HP13.B là 300 Kcal, Protein: 8g; Glucid: 41,25 – 45 g; 4 g chất xơ) và 150 ml sữa công thức (Năng lượng: 126 Kcal, Protein: 4,5 g, Lipid: 3,6 g, Glucid: 18,9 g) có pha thêm chất tạo đặc 3 g/150 ml, tổng giá trị năng lượng ngày thứ nhất đạt 1000 - 1100 Kcal/ngày, trong đó Protein là 0,4 g/kg/ngày, muối

4 g/ngày. Bệnh nhân đáp ứng rất tốt, không xuất hiện dấu hiệu sặc.

Về kỹ thuật cho ăn: Người bệnh ngồi trên giường bệnh, tư thế hạ cằm xuống (cách ngực một nắm tay) để làm giảm nguy cơ hít sặc. Khăn và gối được sử dụng giúp nâng và cố định đầu hay chân tay khi cần thiết. Khi cho ăn, thìa được di chuyển theo chiều ngang, kích cỡ thìa phù hợp với người bệnh. Người bệnh nuốt hết thức ăn mới cho miếng tiếp theo. Người chăm sóc đứng phía bên cổ họng bị liệt của người bệnh để đưa thức ăn đi qua bên họng khỏe. Trong quá trình cho ăn thỉnh thoảng bảo người bệnh nói “A” kéo dài để kiểm tra xem có âm thanh ứ đọng hay không (sự thanh đổi âm thanh trước và sau khi ăn).

Ngày thứ hai, tiếp tục hỗ trợ dinh dưỡng bằng chế độ rối loạn nuốt, đảm bảo đúng tư thế cho ăn và tăng thêm súp HP13.B x 300 ml (300 Kcal), bổ sung thêm nước hoa quả 100 ml/ngày và vẫn tiếp tục bổ sung chất tạo đặc với mức độ đặc 2% pha vào thực phẩm ăn/uống, tổng năng lượng 1400 - 1500 Kcal/ngày. Protein: 41,5 g (0,6 g/kg/ngày), Glucid: 192,5 g, Lipid: 51,5 g.

Từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 8 bệnh nhân được chỉ định khẩu phần ăn với mức năng lượng tăng dần 1500 - 1800 Kcal/ngày (25 - 30 Kcal/kg/ngày). Các thực phẩm sử dụng hàng ngày bao gồm cháo xay, súp, sữa, nước hoa quả đều được thêm chất tạo đặc để hỗ trợ cho người mắc rối loạn nuốt ăn bằng đường miệng. Chế độ dinh dưỡng trong giai đoạn này được chia thành 6 - 8 bữa/ngày, trong đó có 4 bữa súp HP13.B x 300 ml, 2 bữa sữa hoặc cháo xay kết hợp (300 ml/lần) và sau ăn bổ sung thêm nước hoa quả 100 ml/ngày.

Về phục hồi chức năng nuốt: Bệnh nhân hàng ngày sẽ được tập luyện các bài tập phục hồi chức năng nuốt được hướng dẫn và giám sát bởi kỹ thuật viên phục hồi chức năng.

### 2.3. Kết quả can thiệp:

Sau một tuần can thiệp dinh dưỡng bằng chế độ ăn rối loạn nuốt có sử dụng sản phẩm chất tạo đặc và kết hợp với phục hồi chức năng nuốt, bệnh nhân đã hoàn toàn hồi phục, có thể ăn uống trở lại bình thường mà không cần phải sử dụng thêm chất tạo đặc.

## III. BÀN LUẬN

Trên thế giới, bệnh nhân đột quỵ não khó nuốt sử dụng chất lỏng thêm chất tạo đặc đã khắc phục được những hậu quả như mất nước, chậm quá trình hồi phục, giảm chất lượng cuộc sống và viện phí [5]. Mức độ khó nuốt càng nặng thì đáp ứng tốt hơn với chất lỏng có độ đặc càng cao, tuy nhiên độ đặc quá cao có thể sẽ gây nguy hiểm cho bệnh nhân vì vậy chỉ nên sử dụng độ đặc trong tiêu chuẩn cho phép 1% - 3% chất tạo đặc [6]. Điều này tương tự với các nghiên cứu đã được chứng minh trên thế giới [7]. Ở trường hợp này, sau khi đánh giá, chúng tôi áp dụng mức độ đặc 2% cho bệnh nhân. Để thu được mức độ đặc trên, chúng tôi hướng dẫn người nhà pha 1 gói chất tạo đặc (3 g/1 gói) vào 150 ml thực phẩm lỏng (súp, sữa, nước hoa quả, nước,...), khuấy đều trong 10 -15 phút sẽ thu được mức độ đặc như mong muốn. Để tăng hiệu quả can thiệp dinh dưỡng, tư thế cho ăn cũng rất quan trọng. Tư thế không ổn định và không phù hợp có thể gây

ra hít sặc. Chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân nâng giường và cổ được điều chỉnh theo khả năng nuốt của người bệnh (30 - 45 độ) hoặc bệnh nhân có thể ngồi dậy và cầm hạ xuống. Sau bữa ăn nên giữ nguyên tư thế ít nhất là 30 phút để tránh trào ngược. Nếu không ho và hô hấp ổn định có thể nâng dần giường để luyện tập cho người bệnh tự ăn. Khi cho ăn, để thìa di chuyển theo chiều ngang tránh tình trạng cầm nâng lên gây nguy cơ hít sặc khi nuốt. Mắt người chăm sóc và người bệnh ngang tầm với nhau, tốt nhất nên tạo môi trường tập trung, thoải mái cho người bệnh khi ăn. Do vậy, với người mắc rối loạn nuốt cần lưu ý vệ sinh răng miệng trước và sau khi ăn bằng bàn chải, khăn ẩm hoặc miếng mút hay gạc, cốc, khăn, nước súc miệng.

Một số động tác luyện tập hỗ trợ chức năng nuốt cho bệnh nhân: luyện tập ho 2-3 lần để có phản xạ ho khi bị hít sặc bằng cách dùng gói ôm trước ngực để ho và nếu đã quen thì không cần dùng gói; trước khi ăn nên thực hiện các động tác theo thứ tự: hít vào bằng mũi thở ra bằng miệng, đầu quay sang phải, trái, gập trước, sau, vai nâng lên hạ xuống, nâng tay căng lên sang phải, sang trái, cử động má (mím miệng, phồng má, hóp má), cử động lưỡi ra vào, sang trái sang phải chạm góc miệng phía ngoài, nói a a a, ta ta ta,...thở sâu nuốt và nhổ nước bọt.

Như vậy, trong quá trình can thiệp dinh dưỡng bằng bổ sung chất tạo đặc kết hợp với phục hồi chức năng rối loạn nuốt bệnh nhân có thể ăn được bằng đường miệng và sau một tuần bệnh nhân có thể ăn uống bình thường.

#### IV. KẾT LUẬN

Chế độ ăn rối loạn nuốt có thể được chỉ định thay thế nuôi ăn qua sonde trong một số người bệnh mắc rối loạn nuốt. Khi sử dụng sản phẩm chất tạo đặc, bệnh nhân rối loạn nuốt hoàn toàn có thể ăn bằng đường miệng. Việc này giúp cung cấp đủ năng lượng, chất dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Qua trường hợp trên cũng cho thấy, chế độ ăn rối loạn nuốt (sử dụng chất tạo đặc) kết hợp với phục hồi chức năng nuốt thì hiệu quả điều trị toàn diện hơn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Stan-schus, S. (2017). *Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework*. *Dysphagia*. 32. 293-314. doi:10.1007/s00455-016-9758-y
2. Trí P. N., & Hương N. T. T (2012). *Nghiên cứu rối loạn nuốt theo GUSS ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại bệnh viện Cà Mau năm 2019-2011*. 6.
3. Hương N. T., & Khánh H. (2012). *Nuốt khó ở người cao tuổi trong tai biến mạch máu não giai đoạn cấp*. 7
4. Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayankalath, S., Barbon, C.E. A., Chen, J., Cichero, J. A. Y., ...Wang, H. (2015). *The Influence of Food Texture and Liquid Consistency Modification on Swallowing Physiology and Function: A Systematic Review*, *Dys-phagia*. 30. 2-16. doi:10/1007/s00455-014-9578-x.

5. Murray, J., Miller, M., Doeltgen, S., & Scholten, I. (2014). *Intake of thickened liquids by hospitalized adults with dys-phagia after stroke*. International Journal of Speech-Language Pathology. 16. 486-494. doi: 10.3109/17549507.2013.830776.
6. Nguyễn Thùy Linh, Trần Phương Thảo (2018). *Ứng dụng chất lỏng có độ nhớt tiêu chuẩn trên bệnh nhân đột quỵ não khó nuốt*. Tạp Chí Dinh Dưỡng và Thực Phẩm, tập 14, số 5, 23-28.
7. Goulding, R & Bakheit, A MO. (2000). *Evaluation of the benefits of monitoring fluid thickness in the dietary management of dysphagic stroke patients*. Clinical Re-habilitation. 14. 119-124. doi:10.1191/026921500667340586.

## Summary

### CASE STUDY: NUTRITION INTERVENTION SUPPORT FOR A DYSPHAGIA PATIENT AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** Report on intervention to support nutrition care for patients with swallowing disorders at Hanoi Medical University Hospital. **Case presentation:** Male, 29-year-old, definite diagnosis of swallowing disorder in a patient at moderate risk of malnutrition, heart failure, kidney failure, brain stroke, hypertension. **Results:** The patient can eat by mouth a diet supplemented with thickener, containing protein of 0.6 gr/kg/day and salt of 4 gr/day. The first day, oral intake provided 1000 - 1100 Kcal. On the second day, energy value reached 1400 - 1500 Kcal/day. The third to 8th day, energy reached 25 - 30 Kcal/kg/day. The patient recovered his normal swallowing function. **Conclusion:** Nutritional interventions for people with swallowing disorders with thickener, combined with rehabilitation would help patients eat orally, reduce the risk of complications due to tube feeding, improve quality of life, reduce treatment duration and increase recovery efficiency.

**Keywords:** *Swallowing disorder, thickener, Hanoi Medical University Hospital.*