

Nghiên cứu gốc

ĐÁNH GIÁ SỰ PHÙ HỢP CỦA KHẨU PHẦN ĂN THEO MỨC ĐỘ RỐI LOẠN NUỐT CỦA BỆNH NHÂN SAU ĐỘT QUY TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÀ NỘI NĂM 2025

Nguyễn Ngọc Ánh✉, Hoàng Khắc Tuấn Anh, Vũ Thị Hạnh, Nguyễn Thị Tuệ Như, Đức Thị Chi, Đỗ Bích Loan, Phạm Khánh Ngọc, Phạm Trần Minh Đức

Trường Đại học Y tế công cộng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Rối loạn nuốt sau đột quy (PSD) là biến chứng phổ biến, gặp ở 45–65% bệnh nhân, liên quan đến nguy cơ suy dinh dưỡng và biến chứng hô hấp. Lựa chọn khẩu phần có kết cấu phù hợp là yếu tố quan trọng giúp bảo đảm an toàn nuốt và cung cấp dinh dưỡng hợp lý. Nghiên cứu đánh giá sự phù hợp khẩu phần theo từng mức độ rối loạn nuốt của bệnh nhân sau đột quy tại Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hà Nội.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 40 bệnh nhân PSD và người chăm sóc, từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2025. Sử dụng thang điểm GUSS để phân loại mức độ nuốt và khung IDDSI để đánh giá kết cấu khẩu phần.

Kết quả: 50% khẩu phần đạt mức phù hợp với tình trạng rối loạn nuốt của bệnh nhân.

Kết luận: Khẩu phần ăn của bệnh nhân PSD mới chỉ phù hợp một phần. Cần tăng cường đào tạo và truyền thông về dinh dưỡng cho người chăm sóc để nâng cao hiệu quả phục hồi và phòng ngừa biến chứng.

Từ khóa: rối loạn nuốt sau đột quy, chăm sóc dinh dưỡng, IDDSI, phục hồi chức năng.

ASSESSING THE SUITABILITY OF TEXTURE-MODIFIED DIETS FOR EACH DYSPHAGIA LEVEL AMONG POST-STROKE INPATIENTS AT HANOI REHABILITATION HOSPITAL IN 2025

ABSTRACT

Aims: Post-stroke dysphagia (PSD) is a common complication among stroke survivors, affecting 45–65% of patients and contributing to malnutrition and respiratory complications. Proper dietary texture modification is essential for safe swallowing and adequate nutrition. This study aimed to evaluate the appropriateness of dietary texture based on dysphagia severity and for Post-stroke dysphagia patients at Hanoi Rehabilitation Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 40 post-stroke patients with dysphagia and their caregivers from April to June 2025. The Gugging Swallowing Screen was used to classify swallowing function, and the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative framework was applied to assess meal texture.

Results: Half of the meals (50%) were found appropriate for the patients' dysphagia level.

Conclusion: Dietary texture for PSD patients was only partially appropriate. Educational interventions are needed to improve caregivers' understanding of safe and nutritious feeding practices for dysphagic stroke patients.

Keywords: Post-stroke dysphagia, nutrition care, IDDSI, rehabilitation.

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Ánh
Email: 2114010025@studenthuph.edu.vn
Doi: 10.56283/1859-0381/979

Nhận bài: 19/11/2025 Chính sửa: 23/12/2025
Chấp nhận đăng: 26/12/2025
Công bố online: 28/12/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy đã trở thành nguyên nhân gây tử vong và tàn tật đứng thứ hai thế giới, đe dọa sức khỏe con người [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2019), đột quy là tình trạng thiếu sót chức năng thần kinh khu trú hoặc lan tỏa, xảy ra đột ngột, kéo dài trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong, do nguyên nhân mạch máu não”. Sau đột quy, bệnh nhân thường phải đối mặt với nhiều biến chứng, trong đó rối loạn nuốt là một trong những vấn đề phổ biến và nghiêm trọng nhất.

Rối loạn nuốt (dysphagia) là tình trạng khó khăn trong việc vận chuyển thức ăn hoặc dịch từ miệng xuống dạ dày, có thể xuất hiện ở giai đoạn miệng - hầu hoặc thực quản [2]. Rối loạn nuốt sau đột quy (Post-stroke dysphagia - PSD) là một trong những biến chứng thường gặp nhất, với tỷ lệ mắc là 45 - 65% ở những người bệnh đột quy [3]. Bệnh nhân đột quy thường xuất hiện các triệu chứng như khó nuốt, rối loạn ý thức, suy giảm nhận thức, rối loạn cảm xúc, v.v. Những rối loạn chức năng não bộ này có thể khiến bệnh nhân gặp khó khăn khi ăn, cản trở hấp thu dinh dưỡng, tăng nhu cầu sử dụng năng lượng, từ đó gây suy dinh dưỡng hoặc tăng nguy cơ suy dinh dưỡng sau đột quy [4]. Suy dinh dưỡng do chứng khó nuốt chiếm từ 8 - 34% và 15% bệnh nhân đột quy có thể bị suy dinh dưỡng do chứng khó nuốt kéo dài [5].

Mức độ khó nuốt càng cao thì lượng nước tiêu thụ càng ít và đáp ứng tốt hơn với chất lỏng có độ nhớt cao theo tiêu chuẩn [6]. Điều này cho thấy, với mỗi mức độ rối loạn nuốt khác nhau, bệnh nhân sau đột quy cần được xây dựng chế độ ăn phù hợp. Việc xây dựng khẩu phần ăn đúng cách giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng, hạn chế biến chứng và tạo

điều kiện thuận lợi cho phục hồi chức năng [7]. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong và ngoài nước về tính phù hợp của khẩu phần ăn cho bệnh nhân rối loạn nuốt sau đột quy còn hạn chế, và tại Việt Nam hiện nay chưa có công trình nào tập trung vào vấn đề này.

Hiện nay, tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội đã được trang bị nhiều máy móc kỹ thuật hiện đại, có thể hỗ trợ điều trị về mặt dinh dưỡng lâm sàng cho bệnh nhân rối loạn nuốt. Tuy nhiên, bên cạnh sự hỗ trợ từ cơ sở y tế, vai trò của người chăm sóc cũng đặc biệt quan trọng bởi họ là những người trực tiếp chuẩn bị và thực hiện khẩu phần ăn cho bệnh nhân trong quá trình hồi phục. Thực tế cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân sau đột quy có rối loạn nuốt vẫn còn khá cao; do đó, việc người chăm sóc có kiến thức đúng về dinh dưỡng sẽ góp phần quan trọng trong việc rút ngắn thời gian hồi phục và nâng cao hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, mặc dù có sự thừa nhận rộng rãi rằng dịch vụ dinh dưỡng chuyên nghiệp đóng vai trò thiết yếu trong quản lý chứng khó nuốt, nhưng vẫn có rất ít nghiên cứu báo cáo về chăm sóc dinh dưỡng và chế độ ăn cho bệnh nhân PSD. Đặc biệt, hiện chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam hoặc trên thế giới đánh giá kiến thức chăm sóc dinh dưỡng của người chăm sóc bệnh nhân đột quy có rối loạn nuốt.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả tính phù hợp của khẩu phần ăn dựa vào khung IDDSI theo từng mức độ ở bệnh nhân có rối loạn nuốt sau đột quy nào đang điều trị tại Bệnh viện Phục hồi Chức Năng Hà Nội năm 2025.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán có rối loạn nuốt sau đột quỵ não tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội.

+ Bệnh nhân: Bệnh nhân sau đột quỵ được chẩn đoán có rối loạn nuốt theo kết quả đánh giá của thang điểm GUSS đang

điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội.

+ Khẩu phần: Khẩu phần ăn trưa của bệnh nhân do người nhà tự chuẩn bị (tự nấu hoặc mua).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân rối loạn nuốt có suy hô hấp phải đặt nội khí quản, hôn mê, rối loạn ý thức, rối loạn tri giác.

+ Khẩu phần ăn do bệnh viện cung cấp.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Lấy toàn bộ bệnh nhân đột quỵ não giai đoạn phục hồi chức năng kèm rối loạn nuốt, sử dụng bữa ăn do gia đình chuẩn bị đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 4/2025 đến tháng 6/2025. Thu thập được 40 bệnh nhân.

Chọn bữa ăn đánh giá: Nhóm nghiên cứu lựa chọn đánh giá 1 bữa ăn/ngày là bữa trưa và chỉ có 1 nghiên cứu viên được đánh giá sự phù hợp trong suốt nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Chuẩn bị bộ câu hỏi, thang đánh giá và tài liệu hướng dẫn cho nghiên cứu viên.

Bước 2: Tiến hành đánh giá mức độ rối loạn nuốt của đối tượng nghiên cứu

trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện. Mức độ nuốt được đánh giá theo thang điểm GUSS như sau:

Kết quả		Mức độ rối loạn nuốt	Khuyến cáo
Có thể nuốt thành công (GUSS: 20đ)	Nuốt được thức ăn đặc/lỏng/rắn bình thường	Không có rối loạn nuốt hoặc rối loạn nuốt nhẹ, ít có nguy cơ hít sặc.	Ăn uống bình thường Tiếp tục uống nước, lần đầu có sự giám sát của chuyên gia dinh dưỡng trị liệu ngôn ngữ (ST) hoặc điều dưỡng đột quỵ
Rối loạn nuốt nhẹ (GUSS: 15-19đ)	Nuốt chất đặc/lỏng bình thường, không nuốt được chất rắn.	Rối loạn nuốt nhẹ có nguy cơ hít sặc dị vật thấp	Chế độ ăn của rối loạn nuốt (thức ăn mịn) Uống nước chậm, một ngụm nhỏ 1 lần
Rối loạn nuốt mức độ trung bình	Nuốt được chất đặc không nuốt được chất lỏng	Rối loạn nuốt trung bình đi kèm nguy cơ hít sặc dị vật	Ăn chất đặc như của trẻ em và bổ sung nuôi dưỡng đường tĩnh mạch Tất cả nước phải làm đặc lại.

(GUSS: 10-14đ)			Thuốc phải nghiền ra pha ra với nước thành dịch đặc
Rối loạn nuốt mức độ nặng (GUSS:0-9đ)	Không nuốt được nước bọt hoặc chất đặc	Rối loạn nuốt nặng, nguy cơ hít sặc dị vật	Không cho ăn, nuôi dưỡng qua ống sonde hoặc nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch

Bước 3: Tiến hành đánh giá kết cấu khẩu phần ăn của bệnh nhân theo khung IDDSI và đánh giá sự phù hợp của khẩu

phần ăn đối với mức độ rối loạn nuốt của bệnh nhân.

Mức độ rối loạn nuốt theo thang Guss	Đặc điểm	Độ đặc lỏng theo khung IDDSI	Đặc điểm
Mức độ trung bình	Nuốt được chất đặc không nuốt được chất lỏng	3-4	Mức 3: Xay lỏng – đặc vừa Mức 4: Xay nhuyễn – Rất đặc
Mức độ nhẹ	Nuốt chất đặc /lỏng bình thường, không nuốt được chất rắn.	5-6	Mức 5: Miếng nhỏ ẩm Mức 6: Miếng vừa mềm
Có thể nuốt thành công	Nuốt được thức ăn sệt/lỏng/rắn	7	Mức 7: Dễ nhai, bình thường

Bước 4: Lưu trữ và quản lý dữ liệu thu thập được một cách bảo mật, đảm bảo

tính chính xác và toàn vẹn của dữ liệu thu thập được.

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập về được làm sạch trước khi phân tích. Sử dụng chương

trình EPI data 3.1, SPSS 22.0 để nhập và phân tích số liệu.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy trình xét duyệt của Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y tế công cộng. Được triển khai với sự đồng ý và cho phép của Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. Đối tượng mời tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa, các thông tin sẽ thu thập của cuộc

điều tra và có quyền lựa chọn có tham gia vào nghiên cứu hay không. Đối tượng có quyền từ chối tham gia nghiên cứu ở bất cứ giai đoạn nào của quá trình nghiên cứu. Các thông tin thu được từ nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và mức độ rối loạn nuốt theo giới của đối tượng

Đặc điểm	Nam (n = 25)		Nữ (n = 15)		Tổng(n = 40)	
Nói khó	21	84,2	12	80,0	33	82,5
Yếu liệt nửa người	21	84,2	13	86,7	34	85,0
Liệt dây VII	6	24,1	2	13,3	8	20,0
Thay đổi giọng nói	21	84,2	7	46,7	28	70,0
Chảy nước dãi	13	52,0	6	40,0	19	47,5
Tồn đọng thức ăn trong miệng	18	72,7	10	66,7	17	70,0

Số liệu trình bày theo tần số (%)

Trong tổng số 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân là nam giới chiếm cao hơn nữ giới. Tuổi trung bình của các đối tượng là $63,7 \pm 10$ tuổi (nam: $53,5 \pm 10,1$ và nữ: $64,0 \pm 10,8$). Các đặc

điểm lâm sàng và mức độ rối loạn nuốt theo giới tính được trình bày trong Bảng 1. Có tới 70% bệnh nhân tồn đọng thức ăn trong miệng.

Bảng 2. Mức độ rối loạn nuốt của bệnh nhân PSD

Mức độ rối loạn nuốt	Nam (n = 25)		Nữ (n = 15)		Tổng (n = 40)	
Khó nuốt trung bình	14	56,0	7	46,7	21	52,5
Khó nuốt nhẹ	8	32,0	5	33,3	13	32,5
Có thể nuốt thành công	3	12,0	3	19,7	6	15,0

Số liệu trình bày theo tần số (%)

Trong 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ rối loạn nuốt trung bình là cao nhất chiếm 52,5%. Kết quả này cho thấy chủ yếu các bệnh nhân có tình trạng rối

loạn nuốt ở mức độ trung bình và nhẹ, cần được theo dõi, can thiệp để tránh các biến chứng.

Bảng 3. Đặc điểm về mức độ đặc lỏng khẩu phần ăn của bệnh nhân PSD theo khung IDDSI

Kết cấu khẩu phần	Nam (n= 25)	Nữ (n=15)	Tổng (n=40)
-------------------	-------------	-----------	-------------

Mức 2 - Đặc ít	6	24,0	1	6,7	7	17,5
Mức 3 - Đặc vừa	8	32,0	4	26,7	12	30,0
Mức 4 - Rất đặc	4	16,0	5	33,2	9	22,5
Mức 5 - Miếng ẩm nhỏ	1	4,0	1	6,7	2	5,0
Mức 6 - Miếng mềm vừa	2	8,0	0	0,0	2	5,0
Mức 7 - Dễ nhai	4	16,0	4	26,7	8	20,0

Số liệu trình bày theo tần số (%)

Trong tổng số 40 bệnh nhân rối loạn nuốt sau đột quỵ, kết cấu khẩu phần có sự thay đổi đa dạng. Mức độ 3 là nhóm phổ biến nhất chiếm 30% tiếp theo là mức độ 4 chiếm 22,5 %. Các mức độ cao như 5-6-7 chiếm tỷ lệ thấp nhất từ 5-20%. Tỷ lệ

bệnh nhân nữ đạt mức 4 và 7 cao hơn nam, trong khi nam chiếm ưu thế ở các mức thấp hơn như 2 và 3. Điều này có thể phản ánh sự khác biệt trong tiến trình hồi phục chức năng nuốt giữa hai giới.

Bảng 4. Thực trạng khẩu phần theo từng mức độ rối loạn nuốt

	Rối loạn nuốt trung bình (n=21)		Rối loạn nuốt nhẹ (n= 13)		Có thể nuốt thành công (n= 6)	
Mức 2 – Đặc ít	7	33,3	0	0,0	0	0,0
Mức 3 – Đặc vừa	10	47,6	2	15,4	0	0,0
Mức 4 – Rất đặc	3	14,3	4	30,8	2	33,3
Mức 5 - Miếng ẩm nhỏ	1	8,1	1	7,6	0	0,0
Mức 6 - Miếng mềm vừa	0	0,0	2	15,4	0	0,0
Mức 7 - Dễ nhai	0	0,0	4	30,8	4	66,7

Số liệu trình bày theo tần số (%)

Kết cấu khẩu phần ăn theo khung IDDSI của các đối tượng nghiên cứu theo từng mức độ rối loạn nuốt theo thang GUSS. Đối với các đối tượng nghiên cứu có mức độ rối loạn nuốt trung bình; khẩu phần ăn có kết cấu từ mức 2 đến mức 5 trong đó mức 3 là cao nhất chiếm 47,6%

và thấp nhất là mức 5 chiếm 8,1%. Đối với các đối tượng nghiên cứu có mức độ rối loạn nuốt nhẹ khẩu phần ăn có kết cấu từ mức độ 3 đến 7 trong đó mức độ 3 và 7 là cao nhất với 30,8%; thấp nhất là mức độ 5 với 7,6%. Các đối tượng nghiên cứu

ở mức nuốt thành công có kết cấu khẩu phần ở 2 mức là 4 và 7.

Bảng 5. Sự phù hợp của khẩu phần ăn đối với từng mức độ rối loạn nuốt

	Rối loạn nuốt trung bình (n= 21)		Rối loạn nuốt nhẹ (n= 13)		Có thể nuốt thành công (n = 6)		Tổng (n=40)	
Phù hợp	13	61,9	3	23,1	4	66,7	20	50,0
Chưa phù hợp	8	38,1	10	76,9	2	33,4	20	50,0

Số liệu trình bày theo tần số (%)

Trong tổng số 40 đối tượng nghiên cứu, có khoảng 50,0% bệnh nhân có khẩu phần ăn phù hợp. Bệnh nhân có khẩu phần ăn phù hợp cao nhất là ở nhóm bệnh

nhân có thể nuốt thành công với 66,7% và nhóm rối loạn nuốt trung bình (61,9%), thấp nhất là ở nhóm bệnh nhân bị rối loạn nuốt nhẹ với 23,1%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu có sự tham gia của 40 người bệnh có rối loạn nuốt trên nền đột quỵ não đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội cho thấy độ tuổi trung bình của các đối tượng là $63,7 \pm 10$ tuổi cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm người cao tuổi. Đây là nhóm tuổi có nguy cơ cao mắc đột quỵ não cao, kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Mai Thành Nghiêm và cộng sự năm 2022 tại Cần Thơ [8]. Theo bảng 2 cho thấy trong 40 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ rối loạn nuốt trung bình chiếm cao nhất 52,5%, tiếp đến là rối loạn nuốt nhẹ 32,5% và có thể nuốt thành công 15%. Điều này không tương đồng với nghiên cứu của Mai Thành Nghiêm và cộng sự tại Cần Thơ năm 2022 có thể do thời gian tiếp cận bệnh nhân khác nhau, mùa và phác đồ điều trị.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã sử dụng khung IDDSI để đánh giá mức độ phù hợp khẩu phần ăn so với mức độ rối loạn nuốt thực tế của từng bệnh nhân theo thang GUSS. Kết quả cho thấy chỉ

khoảng 50% khẩu phần ăn được đánh giá là phù hợp với mức độ rối loạn nuốt. Điều này đồng nghĩa với việc hơn một nửa số bệnh nhân đang ăn các khẩu phần không tương thích – ví dụ như ăn cơm mềm trong khi lẽ ra cần ăn cháo xay (IDDSI mức 4), hoặc sử dụng các dạng khác thay vì dung dịch sánh nhẹ (IDDSI mức 2). Thực trạng này có thể đến từ nhiều nguyên nhân, trong khi thực hiện nhóm đã thấy được rằng nhiều bệnh nhân được sử dụng khẩu phần ăn cao hơn mức được chỉ định là do người nhà có mong muốn cho bệnh nhân nhanh chóng có thể ăn được nhiều hơn và ngược lại nếu bệnh nhân có thể ăn được mức cao nhưng lại cho bệnh nhân ăn mức thấp hơn (đa số sẽ là cháo xay) lý do là bởi những bệnh nhân này tốc độ nhai và nuốt sẽ chậm, kéo dài thời gian của bữa ăn và có thể không ăn hết suất. Tuy nhiên việc lựa chọn khẩu phần không tương thích tiềm ẩn nguy cơ cao xảy ra biến chứng như sặc, viêm phổi hít, giảm lượng ăn vào và suy dinh dưỡng [9, 10]. Nguyên nhân chính của sự không

phù hợp này đến từ nhiều yếu tố: thiếu hiểu biết của người chăm sóc, sự hạn chế trong việc hướng dẫn truyền thông của bệnh viện. Tình trạng dinh dưỡng và khả năng phục hồi chức năng của bệnh nhân đột quỵ có rối loạn nuốt có mối liên hệ chặt chẽ với mức độ phù hợp của khẩu phần ăn được cung cấp trong giai đoạn điều trị [10, 11]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng khi bệnh nhân được cung cấp chế độ ăn phù hợp theo từng mức độ rối loạn nuốt (theo IDDSI), lượng ăn vào tăng đáng kể, giảm nguy cơ sặc và viêm phổi hít, từ đó giúp cải thiện chỉ số dinh dưỡng, chất lượng sống của bệnh

nhân [12]. Một yếu tố quan trọng là khẩu phần ăn phù hợp không chỉ cải thiện về mặt số lượng năng lượng và chất dinh dưỡng nạp vào, mà còn nâng cao khả năng tiếp nhận bữa ăn một cách an toàn và thoải mái của người bệnh. Khi bệnh nhân cảm thấy tự tin rằng họ có thể nuốt an toàn, họ sẽ ăn nhiều hơn, có tâm lý tích cực hơn và hợp tác tốt hơn trong điều trị phục hồi chức năng [13]. Tâm lý lo sợ sặc, đau họng hoặc nôn ói khi ăn – vốn thường xảy ra khi thức ăn không phù hợp – là nguyên nhân khiến nhiều bệnh nhân giảm lượng ăn, thậm chí từ chối ăn [11, 13].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn nuốt sau đột quỵ có khẩu phần ăn phù hợp đạt 50% trong tổng số đối tượng nghiên cứu. Từ đó cho thấy đây là một tỷ lệ khá thấp. Khẩu phần ăn phù hợp theo từng mức độ rối loạn nuốt không chỉ là biện pháp hỗ trợ, mà là một chiến lược can thiệp điều trị chủ động, giúp rút ngắn thời gian phục

hồi, giảm biến chứng và cải thiện tiên lượng dài hạn cho bệnh nhân đột quỵ. Do đó, bệnh nhân PSD cần phải được lựa chọn kết cấu khẩu phần phù hợp với mức độ rối loạn nuốt hiện tại nhằm phòng tránh các biến chứng như hít sặc, suy dinh dưỡng...

Tài liệu tham khảo

1. GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019;18:459–480. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30499-X.
2. Mayo Clinic. (2019). Mayo Clinic guide to a healthy pregnancy. Mayo Clinic.
3. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke.* 2005;36:2756–2763. doi: 10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb.
4. Wang YJ, Zhao XQ, Wang SS, Ji RJ, Wang CX. Chinese consensus on standardized nutrition management in patients with stroke. *Chin J Stroke.* 2020;15:681–689.
5. Zhang YS, Li LH, Zhang TT, Gu CM. New progress in research on enteral nutrition management in stroke patients abroad. *Chin J Prac Nurs.* 2020;36:557–561.
6. Linh, Nguyễn Thùy, et al. "Ứng dụng chất lỏng có độ nhớt tiêu chuẩn trên bệnh nhân đột quỵ não khó nuốt." *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm* 14.5 (2018): 23-28.
7. ESPEN. (2017). ESPEN guideline on hospital nutrition. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism.
8. Mai Thành Nghiêm, Nguyễn Trung Kiên, Ông Văn Mỹ. Nghiên cứu tình hình rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021 - 2022. *VMJ.* 2022; 517(2).
9. Crary, M. A., Carnaby, G. D., Sia, I., Khanna, A., & Waters, M. F. (2013). Spontaneous swallowing frequency has potential to identify dysphagia in acute stroke. *Stroke*, 44(12), 3452-3457.
10. Finestone, H. M., & Greene-Finestone, L. S. (2003). Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. *Cmaj*, 169(10), 1041-1044.
11. Vinh, N. T., Nga, T. P., Thành, N. C., Tuyên, N. M., Thảo, N. T. H., & Vân, T. T. T. (2022). Nghiên cứu mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh đột quỵ não cấp có rối loạn nuốt. *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*.
12. Kakehi, S., Isono, E., Wakabayashi, H., Shioya, M., Ninomiya, J., Aoyama, Y., ... & Suzuki, B. (2023). Sarcopenic dysphagia and simplified rehabilitation nutrition care process: an update. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 47(5), 337-347.
13. Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CD. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing.* 2007 Jan;36(1):90-4.