

Suy giảm chức năng nuốt ở người cao tuổi: Tổng quan mô tả

Phạm Nguyên Quân^{1*}, Nguyễn Gia Bảo²

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy giảm chức năng nuốt là vấn đề thường gặp ở người cao tuổi do quá trình lão hóa, ảnh hưởng trực tiếp đến tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống. Bài báo này trình bày tổng quan sinh lý nuốt, mô tả suy giảm chức năng nuốt liên quan đến lão hóa và tổng hợp các phương pháp khảo sát, đánh giá chức năng nuốt hiện nay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan mô tả các tài liệu khoa học trong và ngoài nước liên quan đến suy giảm chức năng nuốt ở người cao tuổi và các phương pháp đánh giá chức năng nuốt. **Kết quả:** Suy giảm chức năng nuốt ở người cao tuổi liên quan đến biến đổi sinh lý do lão hóa, các vấn đề răng miệng và bệnh lý thần kinh - toàn thân. Các phương pháp sàng lọc như EAT-10 và RSST có giá trị phát hiện sớm. FEES và VFSS là các công cụ đánh giá chuyên sâu được khuyến cáo trong thực hành lâm sàng. **Kết luận:** Suy giảm chức năng nuốt ở người cao tuổi cần được sàng lọc sớm góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng và chất lượng sống.

Từ khóa: lão nha, nuốt, vận động môi lưỡi, suy giảm chức năng nuốt, già hóa dân số

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO, tốc độ già hóa dân số thế giới hiện nay nhanh hơn nhiều so với trước đây. Từ năm 2015 đến 2020 tỉ lệ dân số thế giới trên 60 tuổi sẽ tăng gần gấp đôi từ 12% lên thành 22% [1]. Việt Nam đã chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số từ năm 2011 và là một trong các quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới. Năm 2017, số người cao tuổi chiếm 11.9% trong tổng số dân số, có nghĩa là cứ 9 người thì có 1 người từ 60 tuổi trở lên. Theo dự báo của Tổng cục Thống kê, đến năm 2038, nhóm có dân số từ 60 tuổi trở lên khoảng hơn 21 triệu người, chiếm 20% tổng dân số và con số này là 27 triệu người, chiếm 25% tổng dân số vào năm 2050 [2]. Theo các báo cáo dân số gần đây, quá trình già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng trên toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Theo Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA), năm 2023 người từ 60 tuổi trở lên chiếm khoảng 14% dân số Việt Nam, và tỷ lệ này dự báo sẽ tiếp tục tăng nhanh trong những thập niên tới [2].

Do đó, Việt Nam đang phải đối mặt với thách thức già hóa dân số mà trong đó các vấn đề về phát hiện sớm các dấu hiệu bệnh lý hoặc rối loạn chức năng bất thường nhằm chăm sóc sức khỏe cho đối tượng người cao tuổi (NCT) là vấn đề cần được quan tâm. Một trong các rối loạn chức năng thường gặp ở người cao tuổi là suy giảm các chức năng vùng

miệng. Tuy nhiên, hiện nay trong nước còn ít các nghiên cứu về vấn đề này. Phần lớn là các nghiên cứu về chứng khó nuốt sau các vấn đề sức khỏe toàn thân như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, trào ngược dạ dày thực quản [3 - 5]. Rối loạn nuốt ở người cao tuổi có thể gây ra những tác động đáng kể về mặt tâm lý - xã hội và kinh tế y tế. Người bệnh thường có xu hướng lo âu, sợ hãi khi ăn uống do nguy cơ sặc, từ đó dẫn đến giảm lượng ăn, suy dinh dưỡng và giảm chất lượng cuộc sống. Bên cạnh đó, khó nuốt có thể làm hạn chế các hoạt động giao tiếp xã hội liên quan đến ăn uống, góp phần gây cô lập xã hội và trầm cảm ở người cao tuổi. Về mặt kinh tế y tế, rối loạn nuốt làm gia tăng chi phí chăm sóc do các biến chứng như viêm phổi hít, kéo dài thời gian nằm viện và nhu cầu hỗ trợ dinh dưỡng hoặc chăm sóc dài hạn. Những yếu tố này cho thấy rối loạn nuốt không chỉ là vấn đề lâm sàng đơn thuần mà còn là một gánh nặng toàn diện đối với cá nhân và hệ thống y tế [6]. Vì những lý do trên, nên chúng tôi tiến hành bài viết "Tổng quan mô tả suy giảm chức năng nuốt ở người cao tuổi". Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu: (1) Tổng quan về các khái niệm liên quan đến khó nuốt; (2) Tổng quan về các phương pháp khảo sát và đánh giá chức năng nuốt.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện dưới dạng tổng quan

Tác giả liên hệ: Phạm Nguyên Quân

Email: quanpn@hiu.vn

mô tả (narrative review) nhằm tổng hợp các bằng chứng khoa học liên quan đến suy giảm chức năng nuốt ở người cao tuổi. Các tài liệu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu khoa học bao gồm PubMed, và Google Scholar. Bộ từ khóa được sử dụng trong quá trình tìm kiếm bao gồm: Dysphagia, presbyphagia, swallowing disorders, elderly, aging và sarcopenic dysphagia.

Tiêu chí lựa chọn tài liệu bao gồm: (1) Các bài báo khoa học được bình duyệt; (2) Công bố bằng tiếng Anh, Việt; (3) Nội dung liên quan đến sinh lý nuốt, suy giảm chức năng nuốt hoặc các phương pháp đánh giá rối loạn nuốt ở người cao tuổi.

Trong quá trình phân tích đã loại bỏ các tài liệu không liên quan trực tiếp đến nghiên cứu, các báo cáo ca lâm sàng đơn lẻ, các bài viết không toàn văn. Thời gian tìm kiếm tài liệu được thực hiện trong khoảng tháng 01/2010 - 12/2025.

3. TỔNG QUAN VỀ KHÓ NUỐT Ở NGƯỜI CAO TUỔI

3.1. Khó nuốt chủ quan và khó nuốt thực thể

Khó nuốt chủ quan (subjective dysphagia) là một biểu hiện hoặc cảm giác chủ quan của người bệnh khi gặp khó khăn trong việc nuốt thức ăn hoặc chất lỏng, không nhất thiết đi kèm với bất thường thực thể quan sát được qua các xét nghiệm khách quan [7]. Khó nuốt có thể là dấu hiệu khởi đầu hoặc duy nhất của Khó nuốt và thường là lý do khiến bệnh nhân tìm đến khám chuyên khoa. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khó nuốt ở người trưởng thành ≥ 60 tuổi sống trong cộng đồng dao động từ 11.4% đến 33.7% và con số này có thể cao hơn ở bệnh nhân nội trú hoặc nhóm người có bệnh nền [6, 7]. Những bệnh nhân có biểu hiện khó nuốt thường có nguy cơ nhập viện lại cao gấp 4 lần và nguy cơ tử vong trong viện cao gấp 13 lần so với người không có triệu chứng này.

Khó nuốt thực thể (dysphagia) là một tình trạng bất thường trong hoạt động sinh lý của quá trình nuốt, xảy ra khi việc vận chuyển thức ăn hoặc chất lỏng từ khoang miệng qua họng đến thực quản và dạ dày bị gián đoạn hoặc không hiệu quả. Đây không phải là một bệnh lý riêng lẻ mà là một triệu chứng liên quan đến nhiều tình trạng bệnh lý khác nhau, đặc biệt là các rối loạn thần kinh như đột quỵ, bệnh Parkinson, chấn thương sọ não, ung thư vùng đầu cổ hoặc sau điều trị xạ trị [6].

Khó nuốt được chia làm ba loại chính theo giai đoạn bị ảnh hưởng:

- Khó nuốt miệng: Do suy yếu hoặc mất phối hợp các cơ vùng miệng, ảnh hưởng đến quá trình nhai và đẩy bolus.

- Khó nuốt hầu: Do bất thường trong phản xạ nuốt và đóng đường hô hấp, làm tăng nguy cơ hít sặc.

Khó nuốt miệng - hầu dùng để chỉ rối loạn xảy ra ở giai đoạn vận chuyển từ miệng đến hầu, thường do tổn thương thần kinh sọ hoặc cơ nhai - hầu. Bệnh nhân thường có biểu hiện nuốt nghẹn, sặc, ho khi ăn hoặc có cảm giác thức ăn vướng ở cổ họng. Đây là dạng phổ biến ở bệnh nhân đột quỵ hoặc Parkinson. Khó nuốt thực quản: Liên quan đến nhu động bất thường của thực quản hoặc hẹp lòng thực quản [7]. Nguyên nhân thường gặp bao gồm hẹp thực quản, co thắt cơ, trào ngược thực quản hoặc ung thư. Bệnh nhân có thể có cảm giác đau hoặc nghẹn sâu sau xương ức, đặc biệt với thức ăn đặc. Tình trạng Khó nuốt có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng như viêm phổi hít, suy dinh dưỡng, mất nước, kéo dài thời gian nằm viện và tăng tỷ lệ tử vong, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi hoặc mắc bệnh lý thần kinh trung ương [8].

3.2. Các thuật ngữ liên quan khác

Trong quá trình nghiên cứu và đánh giá khó nuốt, nhiều thuật ngữ chuyên biệt thường được sử dụng nhằm mô tả rõ hơn các thể bệnh, nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng. Một số thuật ngữ quan trọng bao gồm [8].

3.2.1. Khó nuốt do lão hóa (presbyphagia)

Presbyphagia mô tả tình trạng suy giảm chức năng nuốt liên quan đến quá trình lão hóa sinh lý, không nhất thiết là bệnh lý. Người cao tuổi có thể gặp thay đổi cấu trúc và chức năng của hệ thống nhai - nuốt như giảm sức cơ lưỡi, giảm cảm giác vùng hầu họng, hoặc thay đổi kiểu nuốt, dù vẫn duy trì khả năng ăn uống độc lập [8]. Presbyphagia cần được phân biệt với các khó nuốt bệnh lý (pathological dysphagia), vì nó có thể tiến triển thành rối loạn chức năng nếu có thêm yếu tố nguy cơ như bệnh thần kinh hoặc suy dinh dưỡng.

3.2.2. Hít sặc (aspiration)

Là hiện tượng thức ăn, nước uống hoặc dịch tiết đi nhầm vào khí quản và phổi thay vì thực quản. Hít sặc có thể có triệu chứng (ho, khó thở) hoặc không triệu chứng, được gọi là silent aspiration - một tình trạng nguy hiểm do dễ gây viêm phổi hít và thường gặp ở người cao tuổi, bệnh nhân thần kinh hoặc suy giảm ý thức [4].

3.2.3. Khó nuốt do teo cơ (sarcopenic dysphagia)

Là loại Khó nuốt do mất khối lượng và chức năng cơ, bao gồm cả các cơ liên quan đến nhai và nuốt. Thường gặp ở người già bị suy dinh dưỡng hoặc nằm lâu. Đây là thuật ngữ mới được nhấn mạnh trong nghiên cứu lão khoa gần đây, đặc biệt vì có thể

cải thiện nhờ phục hồi dinh dưỡng và luyện tập cơ chức năng [8]. Đây là một xu hướng nghiên cứu quan trọng trong lão khoa hiện đại.

3.2.4. Hít sặc thầm lặng (silent aspiration)

Hít sặc thầm lặng là hiện tượng hít sặc không kèm phản xạ ho hoặc triệu chứng lâm sàng rõ ràng. Điều này khiến chẩn đoán trở nên khó khăn nếu không có các phương tiện đánh giá chuyên sâu như nội soi FEES hoặc X-quang VFSS [9].

3.3. Nguyên nhân phổ biến của khó nuốt

3.3.1. Các vấn đề về răng miệng

Mất răng và khô miệng là hai nguyên nhân phổ biến gây khó nuốt trên người cao tuổi [10]. Răng sau khi mất sẽ để lại chỗ trống trên hàm gây ảnh hưởng đến quá trình ăn nhai. Thức ăn không được nghiền nát kỹ lưỡng làm viên thức ăn khó di chuyển qua đường ống tiêu hóa trên vào dạ dày một cách dễ dàng. Khô miệng là tình trạng ít nước bọt trong khoang miệng có thể do bệnh lý, do dùng thuốc hoặc bệnh lý toàn thân. Khô miệng làm cho viên thức ăn và khoang miệng không được bôi trơn gây khó khăn cản trở cho sự nuốt. Trong nước bọt có chứa men alpha amylase là một enzyme xúc tác cho sự thủy phân của tinh bột thành các phân tử đường đơn giúp cho quá trình tiêu hóa tinh bột diễn ra dễ dàng hơn, sự khô miệng gây thiếu nước bọt và men alpha amylase gây cản trở nghiêm trọng sự nuốt và cả quá trình tiêu hóa đặc biệt là tiêu hóa tinh bột [8]. Quá trình nuốt sẽ càng diễn ra khó khăn hơn nhiều nếu tình trạng khô miệng diễn ra trên người cao tuổi mất nhiều răng.

3.3.2. Khó nuốt do các bệnh lý thần kinh

Bệnh Alzheimer, chứng sa sút trí tuệ và bệnh Parkinson có liên quan đến chứng khó nuốt. Tỷ lệ rối loạn nuốt ở bệnh nhân sa sút trí tuệ có thể lên tới 93%, với 28% bị hít sặc được xác định bằng nội soi huỳnh quang video (VFS) [8]. Một phân tích tổng hợp được thực hiện bởi Affoo và cộng sự cho thấy tỷ lệ mắc chứng khó nuốt kết hợp là 32 - 45% ở bệnh nhân mắc bệnh Alzheimer (AD) khi được đánh giá lâm sàng và 84 - 93%, khi đánh giá bằng dụng cụ [11].

3.3.3. Khó nuốt do bệnh đột quỵ

Đột quỵ là nguyên nhân phổ biến gây chứng khó nuốt với 30% đến 65% bệnh nhân gặp vấn đề về nuốt. Chứng khó nuốt sau đột quỵ có thể dẫn đến viêm phổi, suy dinh dưỡng, mất nước và kéo dài thời gian nằm viện. Khoảng 25% bệnh nhân bị đột quỵ chết vì các biến chứng liên quan đến hít phải, chẳng hạn như viêm phổi, trong vòng 1 năm [4]. Nghiên cứu tại Việt Nam của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền và cộng sự về chứng khó nuốt và các yếu tố liên

quan ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tại Việt Nam được tiến hành liên tiếp trên 951 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 65.3 tuổi bị đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính tại bệnh viện Bạch Mai (Hà Nội) từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 1 năm 2022 cho ra kết quả tỷ lệ nuốt khó chung ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp là 71.6% trong đó nuốt khó nhẹ, vừa và nặng chiếm tỷ lệ lần lượt là 37.5%, 12.4% và 21.7% [5].

3.4. Các phương pháp đánh giá chức năng nuốt

3.4.1. Tầm quan trọng của đánh giá chức năng nuốt

Đánh giá chức năng nuốt là bước đầu tiên và quan trọng trong quá trình phát hiện, phân loại và điều trị khó nuốt. Khó nuốt có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như viêm phổi hít, suy dinh dưỡng, mất nước và giảm chất lượng sống, đặc biệt ở người cao tuổi, bệnh nhân đột quỵ hoặc sau điều trị vùng đầu cổ [4]. Việc đánh giá sớm và chính xác chức năng nuốt giúp định hướng can thiệp hiệu quả, ngăn ngừa biến chứng và phục hồi chức năng nuốt cho người bệnh. Sàng lọc (screening) là bước đầu nhằm xác định nguy cơ Khó nuốt trong cộng đồng hoặc cơ sở y tế, thường sử dụng bảng hỏi như EAT-10. Trong khi đó, đánh giá (assessment) bao gồm thăm khám lâm sàng chi tiết và các xét nghiệm cận lâm sàng như VFSS hoặc FEES để xác định chính xác vị trí và nguyên nhân khó nuốt [4].

3.4.2. Các phương pháp đánh giá chức năng nuốt

Đánh giá sàng lọc khó nuốt trên lâm sàng: Đánh giá sàng lọc khó nuốt trên lâm sàng (Dysphagia Risk Evaluation Protocol - DREP) là phương pháp đầu tiên và phổ biến nhất, đặc biệt tại tuyến cơ sở hoặc trong điều kiện hạn chế thiết bị. Bao gồm quan sát cơ miệng, môi, lưỡi, cảm giác vùng hầu, phản xạ ho và thử nuốt nước. Tuy nhiên, phương pháp này không phát hiện được các trường hợp hít sặc thầm lặng và không đánh giá được giai đoạn thực quản [4, 9].

Các công cụ đánh giá khách quan: Để xác định chính xác vị trí và mức độ rối loạn, cần sử dụng các phương tiện cận lâm sàng:

- **Chụp Xquang kèm quay video quá trình nuốt của bệnh nhân sau khi cho sử dụng chất bari cản quang (VFSS):** Chụp Xquang kèm quay video quá trình nuốt của bệnh nhân sau khi cho sử dụng chất bari cản quang "Videofluoroscopic Swallowing Study" (VFSS) cũng như FEES là phương pháp đánh giá khó nuốt được khuyến cáo bởi ESSD và có mức độ phổ biến cao ở các nước châu Âu [12]. Phương pháp này được tiến hành bằng cách chụp Xquang liên tục quá trình bệnh nhân nuốt một hỗn hợp thức ăn được trộn lẫn với chất cản quang

(thường dùng là barium). Quá trình này cho phép bác sĩ quan sát toàn bộ quá trình thực hiện động tác nuốt và sự vận hành của hầu như toàn bộ các cơ quan đảm nhiệm chức năng nuốt [12].

- **Phương pháp nội soi qua ống mềm (FEES):** Là một phương pháp đánh giá chức năng nuốt bằng công cụ được ESSD khuyến cáo như là chuẩn vàng ở Châu Âu hiện nay [13]. Phương pháp này được khuyến cáo tiến hành bởi các bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng do quá trình thực hiện cần dùng đến dụng cụ nội soi khí - thực quản qua đường mũi [13]. Phương pháp này được tiến hành bằng cách dùng một ống nội soi mềm có gắn đèn và camera có kết nối với màn hình máy tính bên ngoài thông qua đường mũi vào vùng hầu - họng đến trên nắp thanh môn trong khi yêu cầu bệnh nhân nuốt liên tục. Với điều kiện toàn bộ đường đi của ống đã được gây tê bằng dung dịch thuốc tê trước đó, điều này cho phép bác sĩ dễ dàng quan sát được toàn bộ quá trình nuốt ở vùng hầu - họng của bệnh nhân từ đó phát hiện các bất thường nuốt ở giai đoạn này. Điều kiện nuốt của bệnh nhân có thể linh hoạt thay đổi từ nuốt nước bọt trống cho đến từng loại thức ăn cụ thể với độ cứng và kích thước khác nhau tùy theo trường hợp cần đánh giá [12, 13]. Đặc biệt phương pháp này có thể khảo sát hiệu quả trường hợp bệnh nhân có hiện tượng sặc trong việc nuốt chất lỏng bằng cách nhuộm màu Xanh Methylen vào dung dịch cho bệnh nhân nuốt bác sĩ có thể quan sát rõ số lượng chất lỏng đi vào đường thở trong quá trình nuốt.

Mặc dù được cho là một phương pháp dung nạp tốt và dễ thực hiện cũng như được khuyến cáo là chuẩn vàng trong đánh giá bởi ESSD nhưng quá trình thực hiện FEES vẫn có nguy cơ xảy ra một số biến chứng khó kiểm soát như là nôn ói, trầy xước niêm mạc, chảy máu cam hoặc nghiêm trọng hơn là gây ra các cơn co thắt thanh quản.

- **Đo áp lực (Manometry):** Đo áp lực trong hầu - thực quản giúp đánh giá nhu động trong quá trình nuốt.

- **Ghi điện cơ:** Cung cấp thông tin bổ sung về hoạt động cơ và lượng thức ăn còn đọng [4].

- **Thử nghiệm nuốt nước bọt lặp đi lặp lại (Repetitive Saliva Swallowing Test, RSST):** Là một thử nghiệm khảo sát chức năng nuốt được giới thiệu tại Nhật Bản từ những năm 2000 đến nay [14]. Thử nghiệm này nhằm kiểm tra khả năng phản xạ chủ động nuốt được lặp lại nhiều lần trên bệnh nhân. RSST đơn giản và cũng tương đối an toàn để tiến hành trong đó gồm đặt bệnh nhân ở tư thế nghỉ ngơi và làm ướt bên trong miệng bệnh nhân bằng nước lạnh sau đó yêu cầu bệnh nhân nuốt nước bọt nhiều lần và theo dõi ghi lại số lần nuốt đạt được. Nếu cho ra kết quả là xuất hiện ba lần nuốt khan trở lên trong vòng 30 giây được coi là bình thường [14]. Số lần nuốt được đếm bằng chuyển động nâng thanh quản, bằng mắt thường hoặc bằng cách sờ nắn. Nghiên cứu cho thấy RSST cho ra kết quả có độ nhạy 69% và độ đặc hiệu 93% [9].

Các công cụ đánh giá chủ quan

- **Bảng câu hỏi sàng lọc khảo sát chức năng nuốt EAT-10:** EAT-10 (Eating Assessment Tool - 10) là bảng câu hỏi tự đánh giá được phát triển bởi Belafsky và cộng sự năm 2008 nhằm sàng lọc nguy cơ khó nuốt vùng hầu - thực quản [7]. Bảng câu hỏi này khảo sát bệnh nhân về các triệu chứng liên quan đến chứng khó nuốt có điểm đánh giá từ "0" là "không có vấn đề gì" đến "4" là "có vấn đề nghiêm trọng". Với trung bình điểm EAT-10 ≥ 3 được xem là có bất thường về chức năng nuốt và cần các biện pháp đánh giá bằng công cụ để xác định chính xác mức độ trầm trọng của bệnh [6]. Công cụ này dễ sử dụng, không yêu cầu chuyên môn cao, có thể hoàn tất trong 2 - 3 phút. EAT-10 có độ tin cậy nội tại cao (Cronbach's alpha > 0.90), hệ số tương quan nội lớp (ICC) > 0.80 và có mối tương quan chặt chẽ với các kỹ thuật chuyên sâu như FEES và VFSS, với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89 và 82% [6, 9]. Công cụ này đã được dịch và chuẩn hóa tại nhiều quốc gia như Trung Quốc, Nhật Bản, Thụy Điển, Pháp và Tây Ban Nha. Việc phát triển và xác thực phiên bản tiếng Việt (V-EAT-10) là cần thiết nhằm triển khai hiệu quả trong công tác sàng lọc khó nuốt tại cộng đồng.

Bảng 1. So sánh các công cụ sàng lọc và đánh giá chức năng nuốt

Tiêu chí	EAT-10	RSST	FEES	VFSS
Loại công cụ	Bảng câu hỏi tự đánh giá	Test lâm sàng tại giường	Nội soi qua đường mũi	X-quang động có cản quang
Mục đích sử dụng	Sàng lọc nguy cơ khó nuốt	Sàng lọc phản xạ nuốt	Đánh giá chi tiết thì hầu	Đánh giá toàn bộ quá trình nuốt
Người thực hiện	Người bệnh (có hướng dẫn)	Nhân viên y tế	Bác sĩ chuyên khoa	Bác sĩ + kỹ thuật viên
Thời gian thực hiện	2 - 3 phút	~ 30 giây	10 - 20 phút	15 - 30 phút

Tiêu chí	EAT-10	RSST	FEES	VFSS
Ngưỡng cắt	≥ 3 điểm	< 3 lần/30 giây	Không có (đánh giá định tính)	Không có (phân tích hình ảnh)
Độ nhạy/đặc hiệu	89% / 82%	69% / 93%	Cao (tùy nghiên cứu)	Cao (gold standard tại nhiều quốc gia)
Ưu điểm	Đơn giản, nhanh, chi phí thấp	Dễ thực hiện, không cần thiết bị	Không tia xạ, làm tại giường	Đánh giá toàn diện các thì nuốt
Hạn chế	Phụ thuộc chủ quan bệnh nhân	Không phát hiện hít sặc thầm lặng	Không đánh giá thì miệng; có “white-out”	Có tia xạ, cần thiết bị chuyên dụng
Chỉ định lâm sàng	Sàng lọc ban đầu	Sàng lọc nhanh tại giường	Bệnh nhân nặng, theo dõi tiến triển	Phân tích cơ chế rối loạn nuốt

- **Một số công cụ sàng lọc khác:** Ngoài các phương pháp kể trên, một số công cụ đơn giản, tiết kiệm, dễ triển khai tại cộng đồng được mô tả trong y văn bao gồm:

- **Swallowing severity questionnaire - SSQ:** Gồm 17 mục, phù hợp cho nghiên cứu nhưng khó ứng dụng lâm sàng do độ dài.

- **Dysphagia in multiple sclerosis - DYMUS:** Dành riêng cho bệnh nhân đa xơ cứng.

- **MD Anderson dysphagia inventory - MDADI:** Đánh giá chất lượng sống liên quan đến nuốt, phổ biến trong bệnh nhân ung thư đầu cổ.

Dưới đây là bảng so sánh các công cụ sàng lọc và đánh giá chức năng nuốt.

Quản lý rối loạn nuốt ở người cao tuổi cần được cá thể hóa dựa trên nguyên nhân, mức độ nặng và nguy cơ hít sặc. Một trong những nguyên tắc quan trọng là điều chỉnh chế độ ăn theo khung phân loại IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative), giúp chuẩn hóa độ đặc của thức ăn và chất lỏng nhằm nâng cao tính an toàn khi nuốt. Bên cạnh đó, phục hồi chức năng nuốt đóng vai trò thiết yếu, bao gồm các bài tập tăng cường sức mạnh và sự phối hợp của môi, lưỡi, cơ trên móng và các cơ vùng hầu [15]. Ngoài ra, một số kỹ thuật bù trừ như điều chỉnh tư thế đầu cổ khi nuốt, nuốt từng ngụm nhỏ, nuốt nhiều lần hoặc thay đổi tốc độ ăn có thể được áp dụng để giảm tồn đọng thức ăn và hạn chế nguy cơ sặc. Việc phối hợp giữa điều chỉnh chế độ ăn, phục hồi chức năng và kỹ thuật bù trừ giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị, cải thiện tình trạng dinh dưỡng và chất lượng sống cho người bệnh.

4. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

4.1. Kết luận

Suy giảm chức năng nuốt ở người cao tuổi là một hội chứng lão khoa phổ biến, có cơ chế đa yếu tố liên quan đến thay đổi sinh lý do lão hóa, tình trạng

răng miệng và các bệnh lý thần kinh - toàn thân. Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến chức năng ăn uống mà còn làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng, hít sặc và giảm chất lượng cuộc sống. Các công cụ sàng lọc như EAT-10 và RSST có giá trị trong phát hiện sớm, trong khi các phương pháp đánh giá chuyên sâu như FEES và VFSS đóng vai trò quan trọng trong xác định cơ chế rối loạn nuốt và định hướng điều trị. Do đó, việc triển khai sàng lọc sớm kết hợp đánh giá toàn diện và can thiệp phù hợp là cần thiết nhằm cải thiện kết quả lâm sàng và nâng cao chất lượng sống cho người cao tuổi.

4.2. Khuyến nghị

Nên xem xét triển khai sàng lọc rối loạn nuốt tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu, đặc biệt đối với người cao tuổi có nguy cơ cao như sau đột quỵ, bệnh Parkinson hoặc suy dinh dưỡng. Đồng thời, đánh giá chức năng nuốt có thể được tích hợp vào quy trình khám sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi nhằm phát hiện sớm các bất thường.

Việc quản lý rối loạn nuốt ở người cao tuổi cần sự phối hợp đa ngành, bao gồm bác sĩ lão khoa, chuyên viên âm ngữ trị liệu, điều dưỡng và chuyên gia dinh dưỡng. Cách tiếp cận này giúp cải thiện chức năng nuốt, giảm nguy cơ hít sặc và suy dinh dưỡng, đồng thời nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, đặc biệt cho đối tượng người cao tuổi trong bối cảnh già hóa dân số.

Bài tổng quan này cũng tồn tại một số hạn chế do được thực hiện dưới dạng tổng quan mô tả (không hệ thống), do đó không tuân theo quy trình chuẩn hóa như PRISMA và có thể tồn tại nguy cơ bỏ sót một số tài liệu liên quan. Mặc dù chúng tôi đã mô tả các yếu tố chính của chiến lược tìm kiếm (cơ sở dữ liệu, từ khóa, tiêu chí lựa chọn và khoảng thời gian), việc lựa chọn tài liệu vẫn mang tính chọn lọc và phụ thuộc vào đánh giá của tác giả, có thể ảnh hưởng đến tính toàn diện của kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, *Ageing and Health*, 2022. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>, truy cập 13:00, 01/12/2025.
- [2] Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, "Việt Nam có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới," 2019.
- [3] X. Ding, J. Gao, C. Xie, *et al.*, "Prevalence and clinical correlation of dysphagia in Parkinson disease: a study on Chinese patients," *Eur. J. Clin. Nutr.*, vol. 72, pp. 82-86, 2018.
- [4] R. Martino, N. Foley, S. Bhogal, M. Diamant, M. Speechley, and R. Teasell, "Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications," *Stroke*, vol. 36, no. 12, pp. 2756-2763, 2005.
- [5] N. T. T. Hien, T. H. Thong, L. T. Tung, *et al.*, "Dysphagia and associated factors among patients with acute ischemic stroke in Vietnam," *Ann. Med. Surg.*, vol. 84, 2022.
- [6] P. P. Zhang *et al.*, "Diagnostic Accuracy of the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) in Screening Dysphagia: A Systematic Review and Meta-Analysis," (in eng), *Dysphagia*, vol. 38, no. 1, pp. 145-158, Feb 2023.
- [7] P. C. Belafsky *et al.*, "Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10)," (in eng), *Ann Otol Rhinol Laryngol*, vol. 117, no. 12, pp. 919-24, Dec 2008.
- [8] P. Clavé and R. Shaker, "Dysphagia: current reality and scope of the problem," (in Eng), *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, vol. 12, no. 5, pp. 259-70, May 2015.
- [9] L. W. Baijens, P. Clavé, P. Cras, *et al.*, "Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome," *Clin. Interv. Aging*, vol. 11, pp. 1403-1428, 2016.
- [10] M. Arnold, K. Liesirova, A. Broeg-Morvay, *et al.*, "Dysphagia in acute stroke: incidence, burden and impact on clinical outcome," *PLoS One*, vol. 11, no. 2, p. e0148424, 2016.
- [11] R. H. Affoo, N. Foley, R. Garrick, W. L. Siqueira, and R. E. Martin, "Meta-analysis of salivary flow rates in young and older adults," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 63, no. 10, pp. 2142-2151, 2015.
- [12] B. Martin-Harris and B. Jones, "The videofluorographic swallowing study," *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.*, vol. 19, no. 4, pp. 769-785, 2008.
- [13] A. Nacci, F. Ursino, R. La Vela, *et al.*, "Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES): proposal for informed consent," *Acta Otorhinolaryngol. Ital.*, vol. 28, pp. 206-211, 2008.
- [14] K. Oguchi, E. Saitoh, M. Mizuno, M. Baba, M. Okui, and M. Suzuki, "The Repetitive Saliva Swallowing Test (RSST) as a screening test of functional dysphagia: normal values," *Jpn. J. Rehabil. Med.*, vol. 37, pp. 375-382, 2000.
- [15] Cichero JAY, Lam P, Steele CM, *et al.*, "Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Liquids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework," *Dysphagia*, 32(2):293-314, 2017.

Age-related decline in swallowing function in older adults: A descriptive review

Pham Nguyen Quan, Nguyen Gia Bao

ABSTRACT

Background: Age-related decline in swallowing function is a common condition in older adults due to the aging process and has a direct impact on nutritional status and quality of life. This article aims to review the physiology of swallowing, describe age-related changes in swallowing function, and summarize current methods for screening and evaluating swallowing function. **Materials and Methods:** This study is a descriptive narrative review of national and international literature related to age-related decline in swallowing function in older adults and the methods used to assess swallowing function. **Results:** Swallowing dysfunction in older adults is associated with physiological changes due to aging, oral health problems, and neurological or systemic diseases. Screening tools such as the EAT-10 and the RSST are useful for early detection. FEES and VFSS are recommended as instrumental assessment tools in clinical practice. **Conclusions:** Age-related decline in swallowing function should be identified through early screening in order to improve nutritional status and quality of life in older adults.

Keywords: gerodontology, swallowing, orofacial motor function, age-related dysphagia, population aging

Received: 10/12/2025

Revised: 22/3/2026

Accepted for publication: 01/4/2026