

TIẾP CẬN RỐI LOẠN NUỐT (KHÓ NUỐT)

Võ Thành Liêm

ICPC2 D21

1 MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Có khả năng áp dụng được quy trình tiếp cận chẩn đoán một bệnh nhân khó nuốt, bao gồm việc phân tích các đặc điểm lâm sàng, sàng lọc dấu hiệu cảnh báo để thiết lập chẩn đoán phân biệt
- Có khả năng xây dựng được kế hoạch xử trí ban đầu, bao gồm việc chỉ định các khảo sát lâm sàng cần thiết và lựa chọn nguyên tắc điều trị phù hợp với chẩn đoán sơ bộ.

2 NỘI DUNG BÀI GIẢNG

2.1 Tổng quan

Nuốt khó (dysphagia) là một triệu chứng cơ năng, biểu hiện sự suy giảm hoặc thay đổi cơ chế nuốt, khiến việc di chuyển thức ăn hoặc chất lỏng qua miệng, hầu, hoặc thực quản trở nên khó khăn. Đây là cảm giác chủ quan về việc khó khăn khi nuốt.

Cần phân biệt nuốt khó với cảm giác có khối u ở họng, là cảm giác kích thích, bóp nghẹt hoặc có dị vật ở cổ họng, thường nặng lên khi nghỉ ngơi và không ảnh hưởng hoặc giảm đi khi nuốt.

Nuốt khó có thể là dấu hiệu của nhiều bệnh lý, từ các vấn đề tại chỗ ở đường tiêu hóa trên đến các bệnh hệ thống (thần kinh, nội tiết, chuyển hóa). Các biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra bao gồm suy dinh dưỡng, mất nước, viêm phổi hít, và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống, thậm chí tử vong. Triệu chứng sụt cân đi kèm nuốt khó là một dấu hiệu quan trọng cần được khảo sát khẩn trương.

Hít sặc (Aspiration) Là tình trạng chất lỏng hoặc rắn lọt qua hai dây thanh vào đường thở dưới. Hít sặc có thể xảy ra rõ ràng (kèm ho, sặc) hoặc im lặng (không có triệu chứng rõ ràng), đặc biệt nguy hiểm vì nguy cơ viêm phổi.

2.2 Dịch tễ

Rối loạn nuốt là một tình trạng phổ biến, ảnh hưởng đến khoảng 3% dân số trưởng thành. Thống kê tại Anh (2010-2011) ghi nhận hơn 34,000 chẩn đoán tiên phát là nuốt khó. Tỷ lệ này có thể cao hơn do tình trạng này thường không được báo cáo đầy đủ. Nguy cơ tăng lên ở người cao tuổi và những người mắc các bệnh lý thần kinh (như đột quỵ, Parkinson), ung thư vùng đầu cổ.

2.3 Sinh lý nuốt

Quá trình nuốt được chia thành 4 giai đoạn:

- Giai đoạn chuẩn bị ở miệng (Oral Preparatory Phase):

- Chịu sự kiểm soát có chủ ý.
- Thức ăn được đưa vào miệng, môi khép kín, răng nghiền nát thức ăn, lưỡi di chuyển trộn thức ăn với nước bọt tạo thành viên thức ăn (bolus).
- Cơ má giữ thức ăn không rơi ra ngoài.
- Giai đoạn miệng (Oral Phase):
 - Cũng chịu sự kiểm soát có chủ ý.
 - Lưỡi đẩy viên thức ăn từ trước ra sau về phía hầu họng.
 - Sự tiếp xúc của viên thức ăn với trụ trước amidan thường được coi là điểm kích hoạt giai đoạn hầu.
- Giai đoạn hầu (Pharyngeal Phase):
 - Phản xạ không chủ ý, diễn ra nhanh (1-1.5 giây).
 - Được kiểm soát bởi trung tâm nuốt ở thân não.
 - Các sự kiện chính:
 - Màng hầu nâng lên đóng kín đường thông lên mũi (hầu mũi).
 - Thanh quản được kéo lên trên và ra trước.
 - Thanh quản đóng lại ở 3 tầng (nếp thanh môn và nếp phễu nắp thanh quản, băng thanh thất, dây thanh thật) để bảo vệ đường thở, ngăn hít sặc. Khép dây thanh là quan trọng nhất.
 - Các cơ khít hầu co bóp tuần tự từ trên xuống dưới để đẩy viên thức ăn xuống.
 - Cơ nhắt hầu (cơ thất thực quản trên - UES) giãn ra để viên thức ăn đi vào thực quản.
- Giai đoạn thực quản (Esophageal Phase):
 - Không chủ ý.
 - Viên thức ăn được vận chuyển xuống dạ dày nhờ nhu động thực quản và trọng lực.
 - Kéo dài từ 8-20 giây.
 - Cơ thất thực quản dưới (LES) giãn ra cho thức ăn vào dạ dày.

Rối loạn ở bất kỳ giai đoạn nào trong quá trình này đều có thể dẫn đến triệu chứng khó nuốt.

2.4 Tiếp cận chẩn đoán từng bước

Một cách tiếp cận lâm sàng kỹ lưỡng, bao gồm khai thác bệnh sử và thăm khám thực thể chi tiết, là nền tảng để chẩn đoán rối loạn nuốt. Các bước chi tiết:

Bước 1: Gặp gỡ ban đầu và Sàng lọc

- Tạo mối quan hệ tốt, môi trường thoải mái.
- Sử dụng câu hỏi sàng lọc:
 - "Việc nuốt của bác/cô/anh/chị thế nào?"
 - "Điều gì xảy ra khi nuốt? Có bị ho hay sặc không?"

- Hỏi về khó khăn khi nhai, cảm giác mắc nghẹn, thay đổi thói quen ăn uống.
- Phân biệt ban đầu: Triệu chứng gợi ý vùng hầu họng (khó bắt đầu nuốt, ho, sặc, trào ngược lên mũi) hay thực quản (cảm giác nghẹn sau xương ức sau khi nuốt).

Bước 2: Khai thác Bệnh sử Chi tiết

- Thời điểm và Diễn tiến:
 - Khởi phát: Đột ngột (dị vật, viêm) hay từ từ?
 - Thời gian: Kéo dài bao lâu?
 - Diễn tiến: Liên tục, từng cơn (rối loạn vận động), hay ngày càng nặng (ngghi ngờ ác tính)?
- Bản chất Khó nuốt:
 - Với loại thức ăn nào: Chỉ chất rắn (tắc nghẽn cơ học), chỉ chất lỏng (bệnh lý hầu họng), hay cả hai (rối loạn vận động)?
 - Vị trí cảm giác nghẹn: Ở cổ (hầu họng) hay sau xương ức (thực quản)?
- Triệu chứng đi kèm:
 - Ho, sặc, nghẹn khi nuốt (nguy cơ hít sặc, vấn đề hầu họng).
 - Thay đổi giọng nói (giọng ứ đọng, khàn - gợi ý hít sặc vào thanh quản).
 - Đau khi nuốt (odynophagia - viêm, nhiễm trùng).
 - Sụt cân không giải thích được (dấu hiệu cảnh báo ác tính, bệnh nặng).
 - Trào ngược: Thức ăn chưa tiêu hóa (túi thừa Zenker, co thắt tâm vị), vị chua (GERD).
 - Ợ nóng, ợ hơi (GERD).
 - Trào ngược lên mũi (rối loạn chức năng hầu họng).
 - Viêm phổi tái phát (biến chứng hít sặc).
 - Các triệu chứng khác: Hôi miệng (túi thừa), chảy nước bọt, nhai kém.
- Tiền sử bệnh lý:
 - Thần kinh: Đột quỵ, Parkinson, ALS, MS, sa sút trí tuệ, nhược cơ.
 - Ung thư đầu cổ và điều trị (phẫu thuật, xạ trị).
 - Bệnh hô hấp: COPD, tiền sử đặt nội khí quản.
 - Bệnh tiêu hóa: GERD, viêm thực quản EoC, co thắt tâm vị.
 - Bệnh mô liên kết: Xơ cứng bì.
 - Đái tháo đường.
 - Dị ứng.
 - Tiền sử phẫu thuật vùng cổ, thực quản.
- Thuốc đang sử dụng: Gây khô miệng (kháng cholinergic, histamine, chống trầm cảm), ảnh hưởng nhu động (opioid), gây viêm thực quản (NSAID, KCl).
- Tiền sử xã hội: Ảnh hưởng thói quen ăn uống, chế độ ăn, hút thuốc, rượu bia.

Bước 3: Thăm khám Thực thể

- Đánh giá tổng trạng:

- Tình trạng dinh dưỡng (BMI, dấu hiệu suy mòn).
- Tình trạng mất nước.
- Tình trạng tinh thần, nhận thức.
- Tư thế.
- Khám Tai Mũi Họng và Khoang miệng, Hầu họng:
 - Răng miệng: Tình trạng vệ sinh, răng giả.
 - Niêm mạc: Loét, u, sung nề.
 - Lưỡi: Vận động, sức cơ, đối xứng, teo, rung giật (fasciculation).
 - Khẩu cái mềm: Nâng đối xứng khi nói "a".
 - Phản xạ: Nôn (IX, X) (lưu ý không có không loại trừ nuốt an toàn), ho chủ động.
 - Cảm giác vùng miệng họng.
 - Nước bọt: Khô miệng (xerostomia) hay tăng tiết (sialorrhea).
 - Sờ cổ: Tìm hạch, khối u tuyến giáp.
- Nội soi Tai Mũi Họng ống mềm: Đánh giá mũi họng, hạ họng, thanh quản. Quan sát tồn đọng nước bọt, thức ăn; đánh giá vận động dây thanh, đóng hạ họng khi nuốt (nếu thực hiện FEES). Có thể bỏ sót tổn thương vùng xoang lê, sau nhân.
- Đánh giá Thần kinh:
 - Khám các dây thần kinh sọ: V, VII, IX, X, XI, XII.
 - Đánh giá sức cơ toàn thân, dáng đi.
- Đánh giá Nuốt tại giường (Bedside Swallow Evaluation - BSE):
 - Cho bệnh nhân ngồi thẳng.
 - Thử nuốt với các lượng và độ đặc khác nhau (nước, lỏng sệt, đặc, rắn). Có thể dùng nghiệm pháp uống 90ml nước.
 - Quan sát:
 - Khép môi, nhai, vận động lưỡi.
 - Sự nâng lên của thanh quản (sờ).
 - Dấu hiệu hít sặc: Ho, sặc, giọng ướt/khàn, thay đổi nhịp thở, trào ngược mũi.
 - Chậm khởi động nuốt, nuốt nhiều lần, tồn dư thức ăn trong miệng.
 - Nghe âm thanh nuốt ở cổ bằng ống nghe (Cervical Auscultation).
 - Lưu ý: BSE có hạn chế trong phát hiện hít sặc im lặng và đánh giá chi tiết giai đoạn hầu, thực quản. Độ nhạy và đặc hiệu thay đổi.

Bước 4: Nhận diện Kiểu hình lâm sàng và Đánh giá dấu hiệu cảnh báo

- Phân loại:
 - Hầu họng vs. Thực quản
 - Cơ học vs. Chức năng/Rối loạn vận động

- Xác định các Dấu hiệu Cảnh báo (Red Flags):
 - Sụt cân không chủ ý.
 - Nuốt đau (Odynophagia).
 - Khó nuốt tiến triển nhanh.
 - Nôn ra máu, đi cầu phân đen.
 - Thiếu máu thiếu sắt.
 - Khối u sờ thấy.
 - Khởi phát ở người > 50 tuổi.

Bước 5: Cần nhắc Khảo sát thêm (Xem mục 6)

Bước 6: Đưa ra Chẩn đoán sơ bộ và Kế hoạch xử trí ban đầu

2.5 Cận lâm sàng

Đánh giá lâm sàng có những hạn chế, đặc biệt trong việc quan sát trực tiếp giai đoạn hầu/thực quản và phát hiện hít sặc im lặng. Cận lâm sàng được chỉ định khi:

- Nghi ngờ hít sặc nhưng BSE không rõ ràng hoặc âm tính.
- Chẩn đoán chưa rõ ràng sau đánh giá lâm sàng.
- Cần đánh giá chi tiết sinh lý nuốt để hướng dẫn điều trị (liệu pháp nuốt, phẫu thuật).
- Triệu chứng hầu họng dai dẳng dù khám lâm sàng bình thường (loại trừ bệnh lý thực quản).
- Cần thông tin để thảo luận mục tiêu chăm sóc (bệnh nhân nặng, lớn tuổi).
- Nghi ngờ bất thường cấu trúc hoặc vận động thực quản.

Các phương pháp chính:

- Khảo sát nuốt dùng cản quang có quay video (Videofluoroscopic Swallow Study - VFSS / Modified Barium Swallow Study - MBSS):
 - Là "tiêu chuẩn vàng" để đánh giá toàn diện các giai đoạn nuốt (miệng, hầu, thực quản trên).
 - Sử dụng X-quang thời gian thực khi bệnh nhân nuốt thức ăn/chất lỏng trộn bari với độ đặc khác nhau.
 - Phát hiện hít sặc, tồn đọng, các bất thường giải phẫu và sinh lý.
- Đánh giá nuốt nội soi ống mềm (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing - FEES):
 - Nội soi qua mũi quan sát trực tiếp vùng hạ họng và thanh quản trước, trong và sau khi nuốt.
 - Đánh giá giải phẫu, tồn đọng nước bọt/thức ăn, sự xâm nhập (penetration), hít sặc (aspiration).
 - Có thể thực hiện tại giường, không nhiễm xạ, đánh giá được cảm giác vùng họng.
- Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng (Esophagogastroduodenoscopy - EGD):

- Quan sát trực tiếp niêm mạc thực quản, dạ dày, tá tràng.
- Phát hiện viêm, loét, hẹp, khối u, giãn tĩnh mạch. Có thể sinh thiết.
- Thường là bước đầu tiên khi nghi ngờ nguyên nhân thực quản, đặc biệt có dấu hiệu cảnh báo.
- Nội soi thực quản ống mềm qua đường mũi (Transnasal Esophagoscopy - TNO):
 - Thực hiện bởi bác sĩ Tai Mũi Họng, không cần gây mê toàn thân.
 - Đánh giá được vùng sau nhĩ và thực quản.
- Đo áp lực thực quản (Esophageal Manometry):
 - Đo áp lực co bóp của cơ thực quản và chức năng cơ thắt (UES, LES).
 - Là "tiêu chuẩn vàng" chẩn đoán các rối loạn vận động thực quản (co thắt tâm vị, co thắt lan tỏa...).
- Chụp X-quang thực quản có uống thuốc cản quang (Barium Esophagram):
 - Đánh giá cấu trúc và chức năng thực quản.
 - Hữu ích phát hiện túi thừa, hẹp lòng, khối u, thoát vị hoành, rối loạn vận động thô. Thường dùng để chẩn đoán túi thừa Zenker.

2.6 Chẩn đoán phân biệt

2.6.1 Các thể lâm sàng nuốt khó

Bảng này so sánh đặc điểm lâm sàng của rối loạn nuốt vùng hầu họng, thực quản cơ học và thực quản vận động, cùng các nguyên nhân tiềm ẩn.

Bảng 1: Chẩn đoán phân biệt rối loạn nuốt dựa trên biểu hiện lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Rối loạn nuốt vùng hầu họng	Rối loạn nuốt thực quản (Cơ học)	Rối loạn nuốt thực quản (Vận động)
Khó nuốt	Khó bắt đầu nuốt, ho/nghen trước/trong khi nuốt	Khó nuốt sau khi nuốt, chủ yếu với chất rắn, tiến triển	Khó nuốt không liên tục, ảnh hưởng cả chất rắn và chất lỏng
Triệu chứng đi kèm	Trào ngược lên mũi, giọng ứ đọng, ho, khạc, chảy nước dãi	Giảm cân, nôn mửa, đau khi nuốt, ợ nóng, trào ngược	Ợ nóng, trào ngược, đau ngực, có thể có các triệu chứng của bệnh mô liên kết
Tiền sử liên quan	Đột quỵ, bệnh thần kinh, ung thư đầu cổ, tuổi cao	GERD, tiền sử khối u, hẹp thực quản	GERD, bệnh mô liên kết, sỏi thực quản
Khám thực thể	Yếu cơ vùng miệng, rối loạn chức năng	Có thể sờ thấy khối u ở cổ (ví dụ: phì đại tuyến giáp)	Có thể có các dấu hiệu của bệnh mô liên kết

	thần kinh sọ, phản xạ ho yếu		liên kết (ví dụ: hiện tượng Raynaud)
Nguyên nhân tiềm ẩn	Đột quỵ, ALS, Parkinson, u vùng đầu cổ, suy yếu do tuổi tác (presbyphagia), túi thừa Zenker, liệt dây thanh	Hẹp thực quản (do GERD, xạ trị, EoE), khối u thực quản, vòng Schatzki, màng thực quản, chèn ép từ bên ngoài	Co thắt tâm vị (Achalasia), co thắt thực quản lan tỏa (DES), xơ cứng bì, viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan (EoE)

2.6.2 Một số nguyên nhân thường gặp khác:

- Viêm nhiễm cấp tính: Viêm họng, viêm amidan, áp-xe quanh amidan, viêm thực quản do nấm Candida, Herpes.
- Dị vật: Thường khởi phát đột ngột.
- Tác dụng phụ của thuốc: Khô miệng, viêm thực quản.
- Sau xạ trị vùng đầu cổ.
- Cảm giác vướng họng (Globus Pharyngeus): Không phải khó nuốt thực thể.
- Màng sau sụn nhân (Postcricoid Web): Thường ở phụ nữ trung niên, liên quan thiếu máu thiếu sắt.

2.7 Cách điều trị một số nguyên nhân thường gặp

Điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân gây khó nuốt.

- Rối loạn nuốt ở người già (Presbyphagia):
 - o Thay đổi chế độ ăn (làm mềm, xay nhuyễn thức ăn).
 - o Liệu pháp nuốt để tăng cường sức cơ, cải thiện phối hợp.
 - o Điều trị các bệnh đi kèm.
- Cảm giác vướng họng (Globus Pharyngeus):
 - o Trấn an, giải thích cho bệnh nhân.
 - o Điều trị GERD nếu có bằng chứng (ví dụ: thử thuốc PPI).
- Túi thừa Zenker:
 - o Túi thừa nhỏ, không triệu chứng: Theo dõi.
 - o Túi thừa lớn, có triệu chứng:
 - Nội soi cắt vách ngăn túi thừa - thực quản bằng stapler hoặc laser (Endoscopic Staple Diverticulotomy/Laser Assisted).
 - Phẫu thuật mở cắt túi thừa qua đường cổ (nếu túi thừa lớn, nội soi thất bại hoặc khó tiếp cận).
- Màng sau sụn nhân (Postcricoid Web):
 - o Bổ sung sắt nếu có thiếu máu.
 - o Nội soi nong rộng màng bằng ống nong hoặc bóng.

- Bệnh lý ác tính vùng hầu họng, hạ họng, thực quản:
 - o Điều trị đa mô thức: Phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, hoặc phối hợp.
 - o Phẫu thuật: Có thể cắt u qua đường miệng bằng laser vi phẫu (TLM) cho u giai đoạn sớm, hoặc phẫu thuật mở rộng hơn cho u giai đoạn trễ.
 - o Xạ trị/Hóa xạ trị đồng thời: Thường dùng cho u giai đoạn tiến triển hoặc bảo tồn cơ quan.
 - o Hỗ trợ nuốt và dinh dưỡng: Rất quan trọng, đặc biệt sau điều trị. Có thể cần đặt sonde dạ dày qua mũi (NG tube) tạm thời hoặc mở dạ dày ra da (PEG) nuôi ăn lâu dài.
- Liệt dây thanh (gây hít sặc):
 - o Liệu pháp giọng nói và nuốt.
 - o Thay đổi tư thế khi nuốt (ví dụ: xoay đầu về bên liệt).
 - o Phẫu thuật làm đầy dây thanh (Injection laryngoplasty) hoặc kéo dây thanh vào giữa (Medialization thyroplasty) để cải thiện tiếng khép và giảm hít sặc.
- Các bệnh lý thần kinh (Đột quỵ, Parkinson...):
 - o Liệu pháp nuốt: Tập luyện, bù trừ (thay đổi tư thế, độ đặc thức ăn).
 - o Hỗ trợ dinh dưỡng: Sonde NG hoặc PEG nếu nuốt không an toàn hoặc không đủ dinh dưỡng.
- Liệu pháp Nuốt (Swallowing Therapy) bởi Chuyên gia Âm ngữ Trị liệu (SaLT/SLP):
 - o Đánh giá chi tiết chức năng nuốt.
 - o Hướng dẫn các bài tập tăng sức mạnh cơ, cải thiện phạm vi chuyển động, phối hợp.
 - o Hướng dẫn các kỹ thuật bù trừ (tư thế đầu, nghiệm pháp nuốt đặc biệt như nuốt gắng sức, nghiệm pháp Masako, Mendelsohn).
 - o Điều chỉnh độ đặc thức ăn, chất lỏng phù hợp.
 - o Tư vấn về dinh dưỡng thay thế/hỗ trợ.
 - o Hỗ trợ tâm lý.

3 TÀI LIỆU THAM KHẢO

Leslie P. Carding PN. Wilson JA. Investigation and management of chronic dysphagia. BMJ 2003;326:433-6.

Spieker MR. Evaluating dysphagia. Am Fam Physician 2000;61:3639-48.

Clinical Practice Guidelines for the Assessment of Uninvestigated Esophageal Dysphagia - PMC - PubMed Central,
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6487990/>

Quyết định số 5643/QĐ-BYT tài liệu chuyên môn “hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng”

Kiến Thức Cơ Bản TAI MŨI HỌNG, Ấn bản lần 6, Biên tập bởi Harold Luman và Patrick J. Bradley -2013 Johny Wiley Sons, Ltd. SDmedia và CIPPS phát hành năm 2014.

4 CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Định nghĩa nào sau đây mô tả đúng nhất về nuốt khó (dysphagia)?
 - A) Cảm giác có dị vật hoặc bóp nghẹt ở cổ họng, giảm khi nuốt.
 - B) Cảm giác chủ quan về sự khó khăn khi di chuyển thức ăn/chất lỏng từ miệng đến dạ dày.
 - C) Sự trào ngược thức ăn chưa tiêu hóa từ dạ dày lên miệng.
 - D) Đau khi nuốt thức ăn hoặc chất lỏng.
2. Giai đoạn nào của quá trình nuốt chủ yếu là phản xạ không chủ ý và liên quan đến việc đóng thanh quản để bảo vệ đường thở?
 - A) Giai đoạn chuẩn bị ở miệng.
 - B) Giai đoạn miệng.
 - C) Giai đoạn hầu.
 - D) Giai đoạn thực quản.
3. Một bệnh nhân nam 65 tuổi đến khám vì khó nuốt tăng dần với thức ăn đặc trong 3 tháng qua, kèm sụt 5kg. Triệu chứng này gợi ý nhiều nhất đến nguyên nhân nào sau đây?
 - A) Co thắt tâm vị (Achalasia).
 - B) Túi thừa Zenker.
 - C) Tắc nghẽn cơ học thực quản (ví dụ: u, hẹp).
 - D) Cảm giác vướng họng (Globus pharyngeus).
4. Dấu hiệu nào sau đây KHÔNG phải là dấu hiệu cảnh báo (red flag) ở bệnh nhân khó nuốt, cần khảo sát thêm ngay lập tức?
 - A) Sụt cân không giải thích được.
 - B) Khó nuốt chỉ xảy ra với chất lỏng.
 - C) Đi cầu phân đen.
 - D) Nuốt đau (Odynophagia).
5. Phương pháp cận lâm sàng nào được xem là "tiêu chuẩn vàng" để chẩn đoán các rối loạn vận động thực quản như co thắt tâm vị?
 - A) Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng (EGD).
 - B) Chụp X-quang thực quản cản quang (Barium Esophagram).
 - C) Đo áp lực thực quản (Esophageal Manometry).

D) Nghiên cứu nuốt cảm quang có quay video (VFSS).

Đáp án: 1-B, 2-C, 3-C, 4-B, 5-C

