CHỨNG KHÓ NUỐT (DYSPHAGIA)

Felix B. Chang, MD, DABMA, ABIHM, ABIM

CƠ BẢN

Tình trạng suy giảm quá trình di chuyển của khối thức ăn từ miệng xuống dạ dày (1)[C]

MÔ TẢ

- **Vùng hầu họng (Oropharyngeal):** khó khăn khi chuyển khối thức ăn từ hầu họng đến đoạn thực quản gần
- **Thực quản (Esophageal):** khó khăn khi di chuyển khối thức ăn qua thân thực quản đến môn vị

DỊCH TỄ HỌC

5–8% dân số nói chung trên 50 tuổi

Tỷ lệ mắc mới Tắc nghẽn dị vật thực quản: 25/100.000 người/năm

Tỷ lệ hiện mắc

- 14–33% ở người cao tuổi sống tại cộng đồng ≥65 tuổi
- Trong bệnh viện, có thể lên đến 40%
- Người sống trong viện dưỡng lão: 29–32%
- 30–40% ở người cao tuổi sống độc lập
- 44% ở bệnh nhân chăm sóc cấp tính lão khoa
- 60% ở người cao tuổi sống trong cơ sở chăm sóc tập trung

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

Vùng hầu họng (rối loạn nuốt chuyển tiếp):

- Nguyên nhân chức năng do rối loạn vận động hầu họng
- Nguyên nhân cơ học: ung thư hầu và thanh quản, viêm nắp thanh quản cấp, u thể cảnh, viêm hầu, viêm amidan, viêm họng do liên cầu, tăng sản mô lympho amidan lưỡi, túi thừa hầu bên, túi thừa hạ hầu
- Nguyên nhân thần kinh cơ: đột quỵ, chấn thương đầu, bệnh Parkinson và hội chứng Parkinson, xơ cứng cột bên teo cơ (ALS), nhược cơ, các bệnh cơ (viêm đa cơ, viêm da cơ, loạn dưỡng cơ), nghiện rượu, cường giáp, suy giáp, thoái hóa dạng tinh bột (amyloidosis), hội chứng Cushing

Thực quản:

- Cơ học: ung thư biểu mô, túi thừa thực quản, màng thực quản, vòng Schatzki, hẹp (do loét, hóa chất, chấn thương, xạ trị), dị vật
- Tổn thương cơ học ngoài thực quản: áp xe quanh amidan, rối loạn tuyến giáp, khối u, chèn ép trung thất, chèn ép mạch máu (nhĩ trái to, động mạch dưới đòn lạc chỗ, phình động mạch chủ), thoái hóa khớp cột sống cổ, hạch to, nang đôi thực quản

Thần kinh cơ: co thắt tâm vị (achalasia), co thắt thực quản lan tỏa, tăng trương lực cơ thắt thực quản dưới, xơ cứng bì, thực quản kẹp hạt dẻ (nutcracker esophagus), tai biến mạch máu não (CVA), bệnh Alzheimer, múa giật Huntington, bệnh Parkinson, đa xơ cứng, bệnh cơ xương (viêm đa cơ, viêm da cơ), bệnh khớp nối thần kinh cơ (nhược cơ, hội chứng Lambert-Eaton, ngộ độc botulinum), cường/suy giáp, hội chứng Guillain-Barré, lupus ban đỏ hệ thống, bạch cầu cấp dòng lympho, thoái hóa dạng tinh bột, bệnh thần kinh do đái tháo đường, u thân não, bệnh Chagas

Nhiễm trùng: bạch hầu, viêm màng não mạn tính, giang mai giai đoạn ba, bệnh Lyme, bệnh dại, bại liệt, CMV, viêm thực quản (do nấm Candida, herpes)

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Trẻ em: dị tật di truyền và/hoặc bẩm sinh
- Người lớn: tuổi >50; người cao tuổi: trào ngược dạ dày-thực quản (GERD), đột quỵ, COPD, đau mạn tính
- Hút thuốc, uống rượu quá mức, béo phì
- Thuốc: quinine, kali clorua, vitamin C, tetracycline, Bactrim, clindamycin, NSAID, procainamide, thuốc kháng cholinergic, bisphosphonate, thuốc chống động kinh (phenobarbital, carbamazepine, phenytoin); thuốc kháng histamin, thuốc chống trầm cảm (amitriptyline, imipramine), thuốc chống loạn thần (haloperidol, phenothiazine, butyrophenone, thioxanthene); thuốc điều trị bàng quang tăng hoạt oxybutynin; thuốc phiện; thuốc trị đau nửa đầu như rizatriptan; thuốc hạ áp (ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin, chẹn kênh canxi, chẹn beta, chủ vận α2); thuốc lợi tiểu (HCTZ và chlorothiazide); thuốc gây độc tế bào (thuốc chống ung thư; interferon-α, ribavirin); thuốc giảm cảm giác thèm ăn sibutramine; thuốc giãn phế quản chủ vận β2, thuốc giãn cơ
- Khô miệng (xerostomia) liên quan đến thuốc ức chế men chuyển, thuốc chống loạn nhịp, thuốc chống nôn, thuốc lợi tiểu, SSRI
- Viêm niêm mạc do hóa trị gây độc tế bào và điều trị nhắm trúng đích phân tử như sunitinib, everolimus
- Các bệnh/biến cố thần kinh: đột quỵ, nhược cơ, đa xơ cứng, bệnh Parkinson, ALS, múa giật Huntington, sa sút trí tuệ
- Bệnh nhân HIV có số lượng CD4 <100 tế bào/mm^3
- Chấn thương hoặc xạ trị vùng đầu, cổ, ngực; các tổn thương cơ học
- Tổn thương cơ học ngoài thực quản: u phổi, u tuyến giáp, u lympho, di căn
- Thiếu sắt
- Phẫu thuật cột sống cổ trước (lên đến 71% trong 2 tuần đầu sau mổ; 12–14% sau 1 năm)
- Dysphagia lusoria (khó nuốt do bất thường mạch máu): vòng mạch hoàn chỉnh, cung động mạch chủ đôi, cung động mạch chủ phải kèm động mạch dưới đòn trái đi sau thực

quản và dây chằng động mạch trái, cung động mạch chủ phải với phân nhánh gương và dây chằng động mạch trái

DỰ PHÒNG CHUNG

- Chỉnh sửa răng giả không vừa khít
- Hướng dẫn bệnh nhân nhai kỹ và uống đủ nước trong bữa ăn
- Chế độ ăn lỏng và mềm khi cần thiết
- Tránh uống rượu trong bữa ăn
- Tập luyện nuốt dự phòng ở bệnh nhân ung thư đầu cổ đang hóa xạ trị

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

Hẹp do loét, màng và vòng thực quản, ung thư biểu mô, tiền sử đột quỵ, sa sút trí tuệ, viêm phổi

---

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Khó nuốt cả thức ăn đặc lẫn lỏng ngay từ khi bắt đầu nuốt gợi ý rối loạn vận động thực quản
- Khó nuốt vùng hầu họng biểu hiện bằng khó khăn khi khởi động động tác nuốt
- Khó nuốt thức ăn đặc tiến triển dần đến khó nuốt cả chất lỏng gợi ý tắc nghẽn cơ học nhiều hơn
- Khó nuốt tiến triển thường do ung thư hoặc hẹp do loét. Khó nuốt từng đợt thường liên quan đến vòng thực quản dưới
- Hỏi về ợ nóng, sụt cân, nôn ra máu, nôn ra dịch màu bã cà phê, thiếu máu, trào ngược thức ăn chưa tiêu, và các triệu chứng hô hấp
- Hỏi về trào ngược, hít sặc, hoặc chảy nước dãi ngay sau khi nuốt vì có thể là dấu hiệu khó nuốt vùng hầu họng
- Cảm giác thức ăn bị mắc kẹt ở đâu?
    - Vùng ức trên hoặc sau họng có thể là khó nuốt hầu họng, trong khi cảm giác ở vùng ức dưới là điển hình của khó nuốt thực quản
- Có đau khi nuốt (odynophagia) không?
    - Có thể là dấu hiệu viêm, co thắt tâm vị, co thắt thực quản lan tỏa, viêm thực quản, viêm họng, viêm thực quản do thuốc, ung thư
- Có cảm giác vướng ở họng (globus - "cục nghẹn ở cổ") không?
    - Có thể chỉ điểm rối loạn cơ nhẫn hầu hoặc thanh quản
- Tiền sử vị chua ở sau họng hoặc ợ nóng mạn tính gợi ý GERD
- Hỏi về sử dụng rượu và/hoặc thuốc lá
- Có triệu chứng đi kèm như sụt cân hoặc đau ngực không?
    - Cung động mạch chủ đôi, cung động mạch chủ phải kèm động mạch dưới đòn trái sau thực quản và dây chằng động mạch trái

    - Thuốc kháng cholinergic, kháng histamin, và một số thuốc hạ áp có thể làm giảm tiết nước bọt
- Hôi miệng: loại trừ túi thừa. Tiền sử bệnh mô liên kết
- Thay đổi giọng nói, khàn tiếng, ho yếu, rối loạn phát âm? Loại trừ rối loạn chức năng thần kinh cơ
- Khó nuốt có thể là triệu chứng đầu tiên của rối loạn thần kinh cơ, như xơ cứng cột bên teo cơ hoặc nhược cơ

KHÁM THỰC THỂ

- **Da:** giãn mao mạch, xơ cứng ngón, vôi hóa (loại trừ bệnh tự miễn); hiện tượng Raynaud, xơ cứng ngón có thể gặp trong hội chứng CREST hoặc xơ cứng bì hệ thống; dấu hiệu lạm dụng rượu (hồng ban lòng bàn tay; giãn mao mạch)
- **Đầu, mắt, tai, mũi, họng (HEENT):**
    - Vùng hầu họng: xung huyết/phù nề hầu, viêm amidan, loét hầu hoặc tưa miệng, đau khi nuốt (nhiễm khuẩn, virus, nấm); rung giật thớ lưỡi (ALS)
    - Cổ: khối u, hạch to, đau cổ (viêm tuyến giáp), bướu giáp
- **Thần kinh:**
    - Khám dây thần kinh sọ: cảm giác - dây V, IX, X; vận động - dây V, VII, X, XI, XII
    - Thần kinh trung ương, khám trạng thái tâm thần, kiểm tra sức cơ, hội chứng Horner, mất điều hòa, cứng đờ kiểu bánh xe răng cưa (đột quỵ, sa sút trí tuệ, Parkinson, Alzheimer)
    - Vị trí mắt, vận động nhãn cầu ngoài
- Đánh giá nuốt tại giường không chính thức: quan sát mức độ ý thức, khả năng kiểm soát tư thế - tư thế thẳng đứng, vệ sinh răng miệng, khả năng vận chuyển tiết dịch miệng

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Xem phần "Nguyên nhân và Sinh lý bệnh"

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & DIỄN GIẢI

Người lớn (2)[C]:

- Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng (EGD) được khuyến cáo để đánh giá ban đầu bệnh nhân khó nuốt thực quản; chụp X-quang thực quản có cản quang barium được khuyến cáo bổ sung nếu kết quả EGD âm tính (3)[C]
- Nội soi sợi quang đánh giá nuốt (FEES)
- Đo pH thực quản 24 giờ nếu nghi ngờ trào ngược
- Đo áp lực thực quản (manometry) nếu bệnh sử gợi ý rối loạn vận động: co thắt tâm vị, co thắt thực quản lan tỏa, xơ cứng bì thực quản, thực quản kẹp hạt dẻ, tăng trương lực cơ thắt thực quản dưới, rối loạn vận động thực quản không hiệu quả, bệnh mô liên kết mạch máu (xơ cứng bì, CREST)
- Nghiên cứu nuốt bằng video huỳnh quang (VFSS): khó nuốt vùng hầu họng

- Không nên chỉ định đánh giá nuốt "chính thức" ở bệnh nhân đột quỵ trừ khi họ không đạt sàng lọc nuốt ban đầu

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, hình ảnh học)

- Công thức máu (nhiễm trùng và viêm)
- Kháng thể kháng thụ thể acetylcholine (nhược cơ)
- Xét nghiệm chức năng tuyến giáp để phát hiện khó nuốt liên quan đến suy giáp hoặc cường giáp, nồng độ cobalamin, protein huyết thanh và albumin để đánh giá dinh dưỡng
- Chụp X-quang có cản quang barium: phát hiện hẹp hoặc chít hẹp; nếu nội soi không phát hiện bất thường

Xét nghiệm theo dõi & các cân nhắc đặc biệt

- CT ngực; MRI não và cột sống cổ
- VFSS (môi, lưỡi, vòm miệng, hầu, thanh quản, đoạn thực quản gần)
- Nội soi sợi quang và chụp video huỳnh quang có độ nhạy chẩn đoán tương tự nhau
- Để chẩn đoán chính xác viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan: nên sinh thiết niêm mạc có vẻ ngoài bình thường ở đoạn giữa ngực và đoạn xa thực quản cho tất cả bệnh nhân khó nuốt thức ăn đặc không rõ nguyên nhân (3)[B]

Thủ thuật chẩn đoán/Khác

- Nội soi kèm sinh thiết; đo áp lực thực quản; theo dõi pH thực quản
- Bệnh nhân có triệu chứng vùng hầu họng dai dẳng và kết quả tầm soát ban đầu âm tính nên được chuyển làm EGD để loại trừ bệnh lý thực quản (3)[C]

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

Loại trừ bệnh tim mạch. Đảm bảo thông thoáng đường thở và chức năng phổi đầy đủ. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Trị liệu ngôn ngữ

THUỐC

Điều chỉnh thuốc bệnh nhân đang dùng theo khả năng nuốt chức năng của bệnh nhân (3)[C]

Thuốc hàng đầu

- Đối với co thắt thực quản: thuốc chẹn kênh canxi: nifedipine 10-30 mg, 3 lần/ngày; imipramine 50 mg trước khi ngủ; sildenafil 50 mg/ngày khi cần
- Đối với viêm thực quản: Bệnh nhân <50 tuổi bị khó nuốt thực quản không có triệu chứng đáng lo ngại khác nên thử điều trị ức chế acid trong 4 tuần trước khi nội soi (3)[B]

- Thuốc kháng acid (calci carbonat, magnesi hydroxide, nhôm hydroxide, natri bicarbonat)
- Thuốc kháng thụ thể H2:
  - Cimetidine: tối đa 1.600 mg/ngày uống, chia 2-4 lần, trong 12 tuần
  - Ranitidine: khởi đầu 150 mg uống 4 lần/ngày, duy trì 150 mg uống 2 lần/ngày
  - Nizatidine: 150 mg uống 2 lần/ngày trong 12 tuần
  - Famotidine: 20-40 mg uống 2 lần/ngày trong 12 tuần
- Thuốc ức chế bơm proton:
  - Omeprazole: 20 mg uống 1 lần/ngày trong 4-8 tuần
  - Lansoprazole: 30 mg uống 1 lần/ngày trong tối đa 8 tuần
  - Rabeprazole: 20 mg uống 1 lần/ngày trong 4-8 tuần
  - Esomeprazole: 20-40 mg uống 1 lần/ngày trong 4-8 tuần
  - Pantoprazole: 40 mg uống 1 lần/ngày trong tối đa 8 tuần

VẤN ĐỀ CẦN CHUYỂN KHOA

- Tiêu hóa: nội soi, triệu chứng kháng trị
- Ngoại khoa: nong thực quản, cắt cơ thực quản, sinh thiết
- Chuyên viên trị liệu ngôn ngữ nên là thành viên nhóm đa chuyên khoa điều trị bệnh nhân ung thư đầu cổ

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

Trị liệu ngôn ngữ để đánh giá khả năng nuốt; đánh giá dinh dưỡng và tư thế, vật lý trị liệu tăng cường cơ, giữ tư thế thẳng đứng sau ăn

- Đặt stent kim loại tự nở an toàn, hiệu quả, và giảm nhẹ khó nuốt nhanh hơn so với các phương pháp khác
- Không khuyến cáo đặt ống nuôi ăn qua da ở bệnh nhân sa sút trí tuệ giai đoạn nặng; thay vào đó, nên cho ăn bằng tay cẩn thận
- Nuôi ăn qua ống thông mũi-dạ dày (NG) hoặc mở dạ dày ra da có thể cần thiết ở bệnh nhân nguy cơ hít sặc cao hoặc cần bổ sung dinh dưỡng/nước

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

- Nong thực quản (bằng bóng hơi hoặc que nong) cho co thắt tâm vị. Đặt stent thực quản; laser để giảm nhẹ ung thư
- Điều trị nguyên nhân nền (ví dụ: bướu giáp, vòng mạch máu, teo thực quản bẩm sinh)
- Cắt bằng laser Nd:YAG cho vòng thực quản dưới kháng trị với nong
- Liệu pháp quang động (ung thư). Cắt cơ nhẫn hầu (khó nuốt vùng hầu họng)
- Phẫu thuật cho túi thừa Zenker, hẹp kháng trị, hoặc cắt cơ (cho co thắt tâm vị)

- Mở dạ dày ra da qua nội soi (PEG) giảm nguy cơ khó nuốt so với ống thông mũi-dạ dày

Y HỌC BỔ SUNG & THAY THẾ

- Châm cứu có thể tăng cường hiệu quả tập luyện nuốt để cải thiện khó nuốt sau đột quỵ
- Chưa đủ bằng chứng cho việc sử dụng thường quy botulinum toxin

NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ CÁC LƯU Ý VỀ ĐIỀU DƯỠNG

- Tắc nghẽn thực quản hoàn toàn hoặc một phần kèm suy dinh dưỡng hoặc mất nước
- Cần nuôi ăn qua đường ruột
- Nhập viện khi tắc nghẽn hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn lòng thực quản
- Có thể cần nhập viện để nội soi và/hoặc nong thực quản, thường được chỉ định cho các thủ thuật phẫu thuật chẩn đoán hoặc điều trị
- Truyền dịch tĩnh mạch cho bệnh nhân mất nước, giảm thể tích tuần hoàn, và bệnh nhân suy giảm ý thức
- Xuất viện khi dung nạp chế độ ăn đầy đủ mà không buồn nôn/đau

---

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

Trị liệu nuốt có thể giảm tỷ lệ nhiễm trùng ngực hoặc viêm phổi sau đột quỵ (4)[A]

KHUYẾN CÁO THEO DÕI

Chế độ ăn mềm-xay nhuyễn có thể hữu ích trong hẹp thực quản cơ học. Trong trường hợp khó nuốt nặng hoặc kéo dài, có thể cần nuôi ăn qua đường ruột bằng ống thông mũi-dạ dày hoặc mở dạ dày ra da

Theo dõi bệnh nhân Nên xem xét lại các thuốc đang sử dụng

CHẾ ĐỘ ĂN

Xem phần "Dự phòng chung"

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Nuốt an toàn:

- Uống từng ngụm nhỏ chất lỏng, không nuốt vội. Ngồi thẳng ở góc 90 độ và tránh uống hoặc ăn khi nằm hoặc ngồi khom lưng
- Ăn chậm, từng miếng nhỏ, nhai kỹ thức ăn trước khi nuốt, không nuốt thức uống hoặc thức ăn trước khi lấy thêm. Không dùng nước để "đẩy trôi" thức ăn. Không nói chuyện khi thức ăn còn trong miệng

TIÊN LƯỢNG

- 45% tử vong trong vòng 12 tháng ở người sống trong viện dưỡng lão bị khó nuốt hầu họng kèm hít sặc
- Khó nuốt vùng hầu họng thường liên quan đến tiên lượng xấu hơn
- Điều trị nuốt cho thấy giảm tỷ lệ viêm phổi nhưng không khác biệt về điểm chất lượng cuộc sống liên quan đến nuốt (4)[A]

BIẾN CHỨNG

- Vùng hầu họng: viêm phổi, áp xe phổi, viêm phổi hít, tắc nghẽn đường thở
- Suy dinh dưỡng và mất nước, suy nhược
- Góp phần vào sự phát triển của thiểu cơ (sarcopenia), giảm miễn dịch, chậm lành vết thương
- Viêm phổi hít gặp ở 50% bệnh nhân khi làm nghiệm pháp nuốt barium cải tiến

---

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pasha SF, Acosta RD, Chandrasekhara V, et al; Ủy ban Tiêu chuẩn Thực hành ASGE. Vai trò của nội soi trong đánh giá và quản lý khó nuốt. Gastrointest Endosc. 2014;79(2):191–201.
2. Trường Cao đẳng X-quang Hoa Kỳ (American College of Radiology). Tiêu chí phù hợp ACR cho khó nuốt. https://www.guidelinecentral.com/summaries/acr-appropriateness-criteria-dysphagia/. Truy cập 28/9/2019.
3. Wirth R, Dziewas R. Khó nuốt và điều trị bằng thuốc ở người cao tuổi. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2019;22(1):25–29.
4. Bath PM, Lee HS, Eventon LF. Trị liệu nuốt cho khó nuốt trong đột quỵ cấp và bán cấp. Cochrane Database Syst Rev. 2018;10(10):CD000323.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Christmas C, Rogus-Pulia N. Rối loạn nuốt ở người cao tuổi. J Am Geri Soc. 2019;67(12):2643–2649
- Wilkinson JM, Halland M. Rối loạn vận động thực quản. Am Fam Physician. 2020;102(5):291–296.
- Xin Li L, Deng K. Châm cứu kết hợp với tập luyện nuốt cho khó nuốt sau đột quỵ: một phân tích tổng hợp các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. Acupunct Med. 2019;37(2):81–90.

MÃ ICD-10

- R13.10 Khó nuốt, không xác định

- R13.12 Khó nuốt, giai đoạn hầu họng
- R13.14 Khó nuốt, giai đoạn hầu-thực quản

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng được khuyến cáo để đánh giá ban đầu khó nuốt thực quản, kèm chụp X-quang thực quản cản quang barium như một xét nghiệm bổ sung
- Mục tiêu chăm sóc giảm nhẹ là giảm thiểu ho, sặc, và chảy nước dãi