

## TIẾP CẬN BỆNH NHÂN NUỐT NGHẸN/ NÔN ÓI

BS.LÝ HỮU TUẤN

### Mục tiêu học tập:

1. Có khả năng tiếp cận chẩn đoán một bệnh nhân có triệu chứng nuốt nghẹn hay nôn ói
2. Hiểu được chỉ định của một số cận lâm sàng cơ bản cần thiết cho chẩn đoán liên quan đến nuốt nghẹn hay nôn ói

### Mục lục:

#### I. Giới thiệu

#### II. Hội chứng tắc nghẽn đường tiêu hóa trên:

- a. Định nghĩa
- b. Nguyên nhân
- c. Triệu chứng lâm sàng
- d. Một số cận lâm sàng liên quan
- e. Tiếp cận chẩn đoán

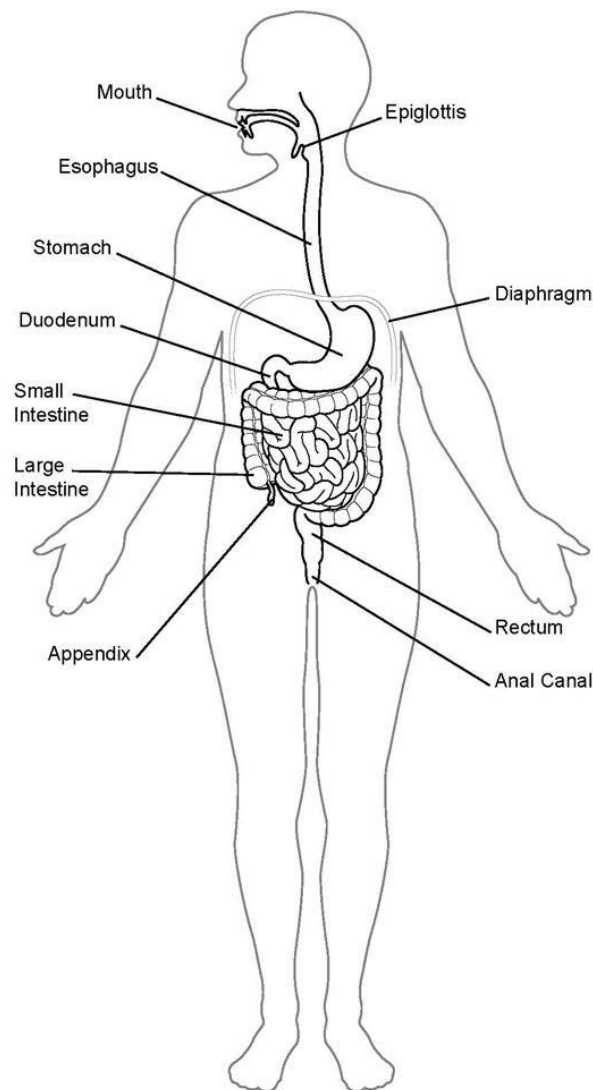
#### III. Kết luận

### I. Giới thiệu:

Tắc nghẽn đường tiêu hóa là một tình trạng cấp cứu thường gặp trong ngoại khoa. Tùy vào vị trí tắc nghẽn và nguyên nhân gây tắc mà triệu chứng lâm sàng có thể biểu hiện khác nhau.

Sự phân chia đường tiêu hóa trên và dưới thực sự không rõ ràng và có nhiều cách. Theo phôi thai học, dựa vào nguồn gốc ruột trước, ruột giữa và ruột sau, người ta chia đường tiêu hóa ra thành tiêu hóa trên (từ miệng đến nhú tá lớn của tá tràng), giữa (từ nhú tá lớn đến giữa đại tràng (ĐT) ngang), và dưới (giữa ĐT ngang đến hậu môn). Theo quan điểm cổ điển, đường tiêu hóa được chia thành tiêu hóa trên (từ miệng đến van hồi manh tràng), và dưới (từ manh tràng đến hậu môn). Theo quan điểm về xuất huyết tiêu hóa, đường tiêu hóa lại được chia thành tiêu hóa trên và dưới tại ranh giới góc tá-hỗng tràng (góc Treitz). Tác giả bài viết cũng tạm chia theo ranh giới này, vì tắc nghẽn phía trên và phía dưới góc tá-hỗng tràng có biểu hiện lâm sàng cũng như cách điều trị hoàn toàn khác nhau.

Tắc nghẽn đường tiêu hóa trên bao gồm hai nhóm bệnh chính là tắc thực quản và tắc đường thoát dạ dày (gastric outlet obstruction). Tắc nghẽn đường tiêu hóa dưới, bao gồm ruột non và đại trực tràng, gọi chung là tắc ruột. Trong phạm vi bài viết, chúng ta sẽ tìm hiểu về những triệu chứng của tắc nghẽn đường tiêu hóa trên, cách tiếp cận lâm sàng, và một số cận lâm sàng cần thiết cho chẩn đoán.



## II. Hội chứng tắc nghẽn đường tiêu hóa trên:

### a. Định nghĩa:

Tắc nghẽn đường tiêu hóa trên là tình trạng tắc nghẽn đường tiêu hóa từ miệng đến góc tá-hỗng tràng do bất cứ nguyên nhân nào (gồm cả cơ học lẫn cơ năng), gây nên sự ứ đọng thức ăn và dịch tiêu hóa phía trên chỗ tắc. Trong phạm vi bài viết này chúng tôi đề cập đến 2 nhóm bệnh chính:

- Tắc thực quản
- Tắc đường thoát dạ dày: gồm có hẹp môn vị và tắc tá tràng

### b. Nguyên nhân:

Đối với tắc đường thoát dạ dày, đa số là nguyên nhân cơ học, rất ít gặp tình trạng tắc nghẽn do rối loạn cơ năng (liệt dạ dày, rối loạn co thắt cơ môn vị). Đối với tắc thực quản, có thể gặp nguyên nhân cơ năng (co thắt tâm vị) bên cạnh những nguyên nhân cơ học từ

thực quản hay từ bên ngoài chèn vào thực quản. Một số nguyên nhân gây tắc đường tiêu hóa trên được tóm tắt trong bảng sau:

<b>Tắc thực quản</b>	<b>Tắc đường thoát dạ dày</b>
<b>Cơ năng:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Co thắt tâm vị</li> <li>- Rối loạn vận động thực quản (co thắt, liệt)</li> </ul>	<b>Cơ năng:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Co thắt cơ môn vị</li> <li>- Rối loạn vận động dạ dày (liệt dạ dày)</li> </ul>
<b>Cơ học:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nguyên nhân trong lòng ống tiêu hóa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- U thực quản (ung thư, polyp, GIST...)</li> <li>- U tâm vị (ung thư, polyp...)</li> <li>- Hẹp thực quản do hóa chất</li> <li>- Teo thực quản bẩm sinh</li> </ul> </li> <li>• Nguyên nhân từ bên ngoài đè vào: <ul style="list-style-type: none"> <li>- U trung thất (ung thư, lymphoma, hạch di căn...)</li> </ul> </li> </ul>	<b>Cơ học:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tắc môn vị: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Loét lành tính dạ dày hoặc hành tá tràng</li> <li>- Ung thư dạ dày</li> </ul> </li> <li>• Tắc tá tràng: <ul style="list-style-type: none"> <li>- U tá tràng</li> <li>- U đầu tụy</li> <li>- Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên</li> <li>- Teo tá tràng bẩm sinh</li> </ul> </li> </ul>

### **c. Triệu chứng lâm sàng:**

#### *i. Nuốt nghẹn:*

Nuốt nghẹn là triệu chứng khá đặc hiệu cho tắc nghẽn từ vùng hầu họng đến cơ tâm vị. Nuốt nghẹn có thể tăng dần (lúc đầu nuốt nghẹn thức ăn đặc, rồi đến thức ăn lỏng, cuối cùng uống nước cũng nghẹn) trong trường hợp nguyên nhân gây tắc càng ngày càng phát triển (u thực quản- tâm vị, u từ ngoài chèn vào thực quản). Nuốt nghẹn cũng có thể lúc tăng lúc giảm, có lúc hoàn toàn hết nuốt nghẹn, trong trường hợp co thắt tâm vị. Đối với co thắt tâm vị, một số bệnh nhân lại mô tả triệu chứng nuốt nghẹn tăng khi tiếp xúc với một loại thức ăn thức uống nào đó, ví dụ nước lạnh/ nước nóng, đồ ăn cay... Nuốt nghẹn nhẹ và thoáng qua cũng có thể gặp trong những trường hợp rối loạn tâm lý, hoặc bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD).

#### *ii. Nôn- buồn nôn:*

Đối với những tắc nghẽn từ phần thân vị dạ dày đến góc tá hồng tràng, bệnh nhân sẽ không nuốt nghẹn mà biểu hiện bằng buồn nôn/ nôn. Buồn nôn là trạng thái khó chịu ở dạ dày, thôi thúc muốn nôn ra. Buồn nôn thường xuất hiện trước nôn, tuy nhiên cũng có khi hai triệu chứng này xuất hiện riêng lẻ. Trường hợp bệnh nhân bị tắc nghẽn ở thực quản, thức ăn và dịch không xuống được dạ dày mà ứ đọng ở thực quản, khi quá đầy bệnh nhân sẽ trớ ra, không được xem là nôn ói do không có sự tham gia của các cơ bụng, cơ trơn dạ dày.

#### *iii. Đau bụng:*

Đau bụng không phải là triệu chứng nổi bật trong trường hợp tắc nghẽn đường tiêu hóa trên. Đau bụng, nếu có, thường là đau quặn cơn vùng trên rốn, khi dạ dày co thắt để cố gắng tổng thức ăn qua chỗ hẹp. Một số ít trường hợp có thể đau bụng âm ỉ liên tục, do khối u (dạ dày, tá tràng, đầu tụy...) phát triển, xâm lấn xung quanh.

#### *iv. Dấu hiệu toàn thân:*

- Sốt: một số bệnh nhân tắc nghẽn tiêu hóa trên có biểu hiện sốt nhẹ do mất nước, hiếm khi gặp trường hợp sốt cao lạnh run của nhiễm trùng, trừ khi có kèm nguyên nhân khác (ví dụ u vừa gây tắc tiêu hóa vừa gây tắc mật), hoặc có biến chứng (thủng đường tiêu hóa, viêm phổi hít do nôn ói nhiều...)

- Mất nước: biểu hiện bằng da khô, dấu véo da (+), khát nước, tiểu ít, nặng hơn sẽ có biểu hiện sốc giảm thể tích (mạch nhanh, huyết áp tụt)
- Mất điện giải: hạ Natri máu có thể gây buồn nôn/nôn nặng thêm, lừ đừ, co giật, hôn mê (do phù não)... Hạ Kali máu có thể gây yếu cơ (tứ chi, hô hấp), đau cơ, mạch yếu, rối loạn nhịp tim, liệt ruột...
- Kiềm chuyển hóa: nôn ói nhiều gây mất HCl trong dạ dày nhiều, dẫn đến kiềm chuyển hóa. Kiềm chuyển hóa ít khi biểu hiện triệu chứng, có thể tụt huyết áp tư thế, triệu chứng hạ Kali máu, hạ Canxi máu (tăng kích thích thần kinh cơ hay tetani), toan hô hấp bù trừ (giảm thông khí phế nang).

#### **d. Một số cận lâm sàng liên quan:**

##### *i. X-quang:*

X-quang bụng đứng không sửa soạn không có vai trò chẩn đoán nhiều trong tắc nghẽn đường tiêu hóa trên. Một số ít trường hợp dạ dày giãn to, có thể thấy được bóng dạ dày trên phim X-quang.

X-quang thực quản- dạ dày có uống thuốc cản quang (Barit hoặc thuốc cản quang tan trong nước) có giá trị chẩn đoán cao. Đối với tắc thực quản, dựa vào hình ảnh, ta có thể phân biệt được phần lớn nguyên nhân tắc (ung thư thực quản, u từ ngoài chèn vào, hay co thắt tâm vị), vị trí tắc, chiều dài đoạn tắc, từ đó giúp định hướng phương pháp điều trị. Đối với hẹp môn vị hay tắc tá tràng, X-quang cản quang giúp ta chẩn đoán xác định có hẹp/ tắc nghẽn (hình ảnh 3 lớp trong hẹp môn vị, hình ảnh thuốc cản quang không xuống được tá tràng hoặc xuống chậm...), vị trí tắc, dự đoán nguyên nhân gây tắc (loét/ u trong lòng, từ ngoài chèn vào...).



*Hình ảnh thực quản bình thường (bên phải) và co thắt tâm vị (bên trái)*



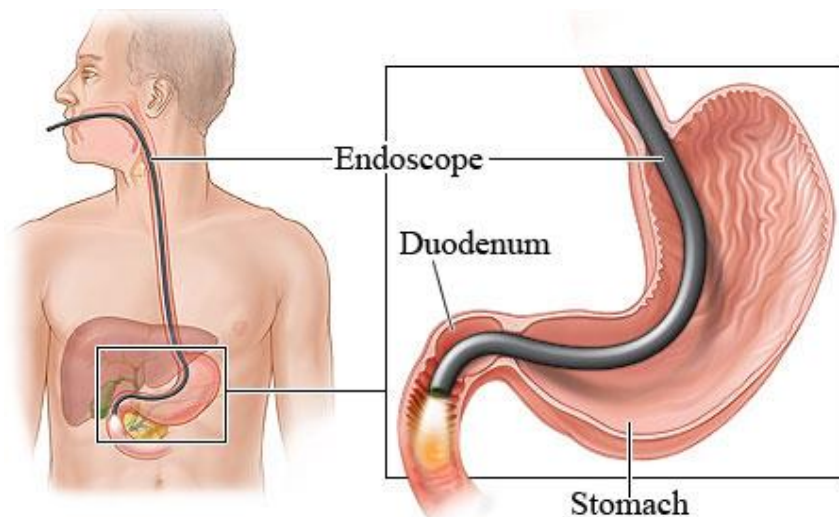
*Hình ảnh lõi táo của ung thư thực quản*



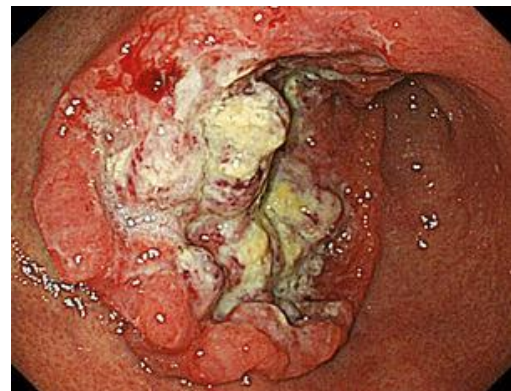
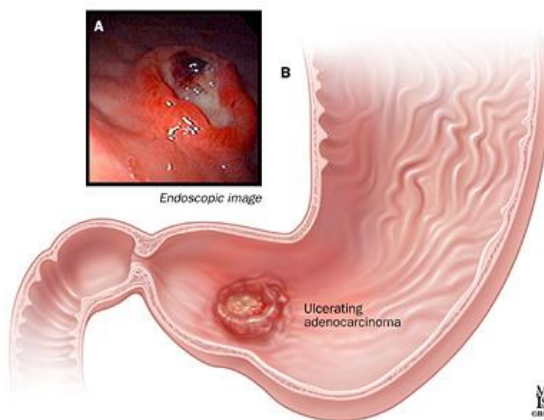
*Hình ảnh bóng dạ dày giãn to trên XQ bụng đứng không sửa soạn và hình ảnh 3 lớp trên XQ dạ dày cản quang trong trường hợp hẹp môn vị*

## *ii. Nội soi:*

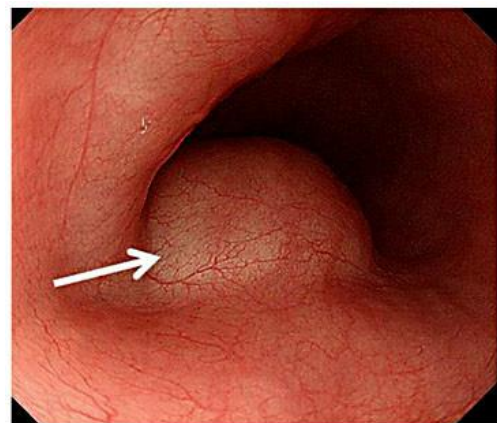
Nội soi dạ dày, bên cạnh X-quang thực quản- dạ dày có uống thuốc cản quang, là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán xác định tắc nghẽn thực quản và tắc đường thoát dạ dày. Nội soi còn giúp xác định bản chất khối u (sinh thiết gửi giải phẫu bệnh lý), giúp can thiệp trong một số trường hợp (đặt stent qua chỗ hẹp thực quản hay môn vị, nong tâm vị trong trường hợp co thắt tâm vị). Trường hợp ứ đọng nhiều thức ăn và dịch tiêu hóa, cần phải đặt thông rửa dạ dày trước khi tiến hành nội soi dạ dày.



© Healthwise, Incorporated



*Một số hình ảnh nội soi trong trường hợp ung thư dạ dày*



*Hình ảnh nội soi ung thư thực quản (carcinoma tuyến) (bên trái) và u từ ngoài đè vào thực quản hoặc GIST thực quản (bên phải)*

### *iii. Siêu âm bụng:*

Trong trường hợp dạ dày giãn to và tăng nhu động, siêu âm có thể phát hiện được. Tuy nhiên vai trò chính của siêu âm là tìm nguyên nhân gây tắc, ví dụ u dạ dày, u đầu tụy..., tìm những bất thường đi kèm khác (như hình ảnh tắc mật, hình ảnh di căn gan, dịch ổ bụng...)

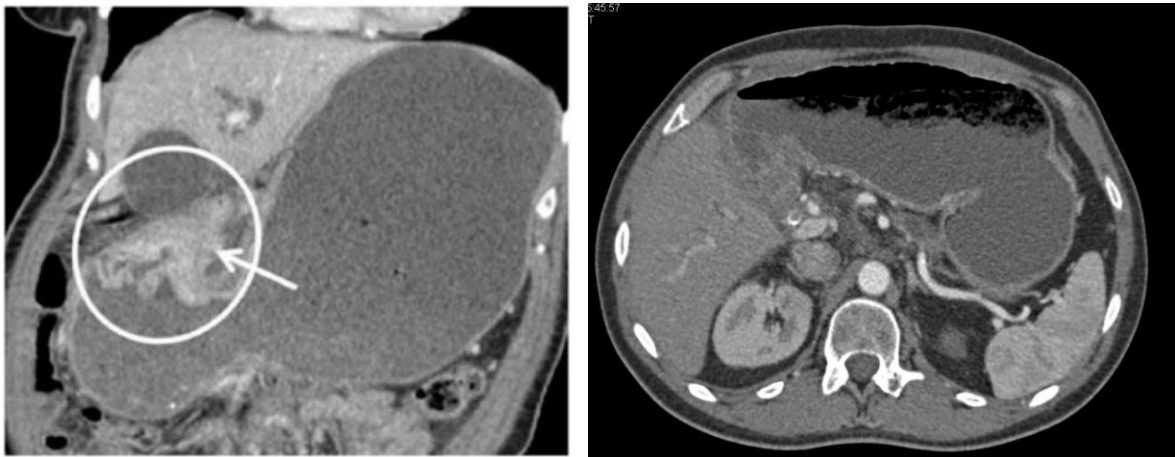


*iv. Chụp cắt lớp vi tính (MSCT) vùng ngực hoặc bụng:*

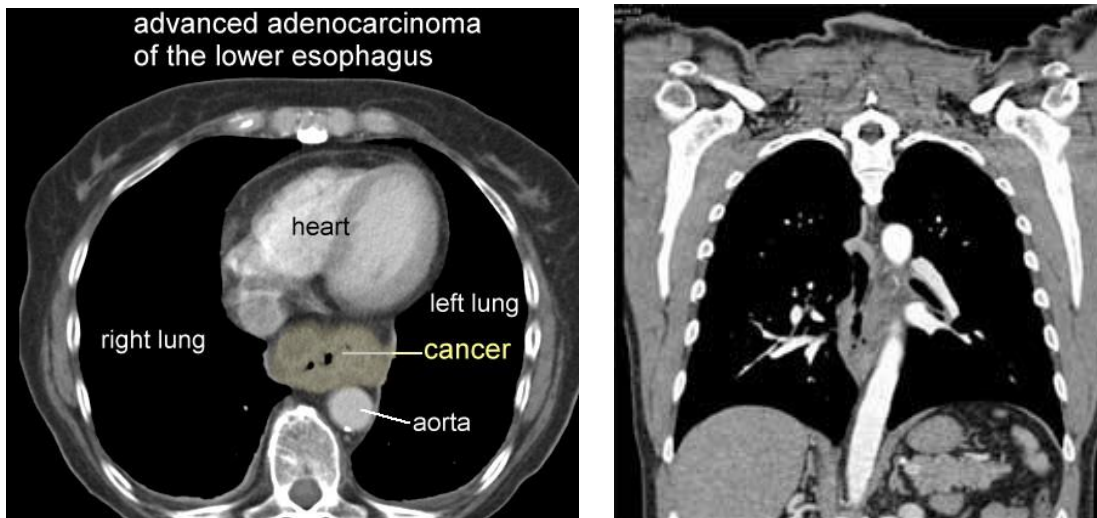
MSCT có vai trò rất lớn trong chẩn đoán tắc nghẽn đường tiêu hóa trên.

Đối với tắc thực quản: MSCT ngực giúp chẩn đoán nguyên nhân tắc, vị trí tắc, giai đoạn TNM (đối với ung thư), phát hiện biến chứng, tiên lượng bệnh nhân và đưa ra hướng điều trị.

Đối với tắc đường thoát dạ dày: MSCT bụng cũng có những giá trị tương tự như trong tắc thực quản. MSCT có tiêm thuốc cản quang đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong việc đánh giá giai đoạn (staging) đối với tất cả các khối u vùng bụng. Nhược điểm duy nhất của MSCT so với X-quang thực quản-dạ dày có uống cản quang là không đánh giá được nhu động (của thực quản, dạ dày).



*Hình ảnh CT scan của một trường hợp hẹp môn vị do ung thư dạ dày*



*Hình ảnh CT scan của một trường hợp ung thư thực quản*

**e. Tiếp cận chẩn đoán:**

Trong phạm vi bài viết chúng ta tìm hiểu cách tiếp cận hai triệu chứng thường gặp nhất trong tắc nghẽn đường tiêu hóa trên, đó là nuốt nghẹn và nôn ói.

*i. Tiếp cận bệnh nhân nuốt nghẹn:*

Nuốt nghẹn là một triệu chứng khá đặc hiệu và dễ được người bệnh nhận biết được. Khi gặp bệnh nhân nuốt nghẹn ta cần khai thác kỹ các tính chất của nuốt nghẹn như thời

điểm khởi phát, mức độ nghẹn theo thời gian, các yếu tố làm tăng hoặc giảm nuốt nghẹn. Bên cạnh đó cũng cần phải khai thác các triệu chứng kèm theo thường gặp: sụt cân (do ăn uống không được), mất nước, đau ngực, đau bụng, nôn trớ, khó thở, ho ra máu, đi cầu phân đen ...

Hai nhóm nguyên nhân chính chiếm trên 90% số bệnh nhân (người lớn) nhập viện vì nuốt nghẹn là do u (trong đó đa số là ung thư thực quản, tâm vị) và co thắt tâm vị. Một số ít còn lại là hẹp thực quản do bỏng hóa chất (dễ dàng chẩn đoán qua khai thác bệnh sử), do rối loạn tâm lý hoặc bệnh trào ngược dạ dày thực quản (thường nhẹ, thoáng qua, tự khỏi hoặc đáp ứng tốt với điều trị nội khoa).

Một số đặc điểm cần biết để phân biệt 2 nhóm nguyên nhân thường gặp gây nuốt nghẹn:

Tắc nghẽn do u	Co thắt tâm vị
Thường xảy ra ở bệnh nhân nam, lớn tuổi	Thường xảy ra ở bệnh nhân nữ, trẻ tuổi
Mức độ nuốt nghẹn tăng dần	Mức độ nghẹn lúc tăng lúc giảm, có khi tự khỏi
Thường không liên quan đến thời tiết, các tính chất của thức ăn như cay, nóng/ lạnh...	Có thể có liên quan
Tổng trạng thường suy kiệt	Tổng trạng ít bị ảnh hưởng
Yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá nhiều, tiền căn gia đình có ung thư đường tiêu hóa	Yếu tố nguy cơ: rối loạn tâm lý, Hysteria
Triệu chứng kèm theo: khó thở, ho ra máu (u gây rò vào phế quản hoặc di căn phổi), đi cầu phân đen (u xuất huyết), đau bụng (di căn ổ bụng)	Triệu chứng kèm theo: thường không có

ii. Tiếp cận bệnh nhân nôn ói:  
(xem thêm: Tiếp cận bệnh nhân nôn ói, sách Ngoại khoa cơ sở)  
Khác với nuốt nghẹn, nôn ói là một triệu chứng rất không đặc hiệu, và có thể do rất nhiều nguyên nhân khác nhau. Tắc đường thoát dạ dày chỉ là một trong những nguyên nhân gây nôn ói.

Bảng tóm tắt các nguyên nhân gây nôn ói và các đặc điểm:

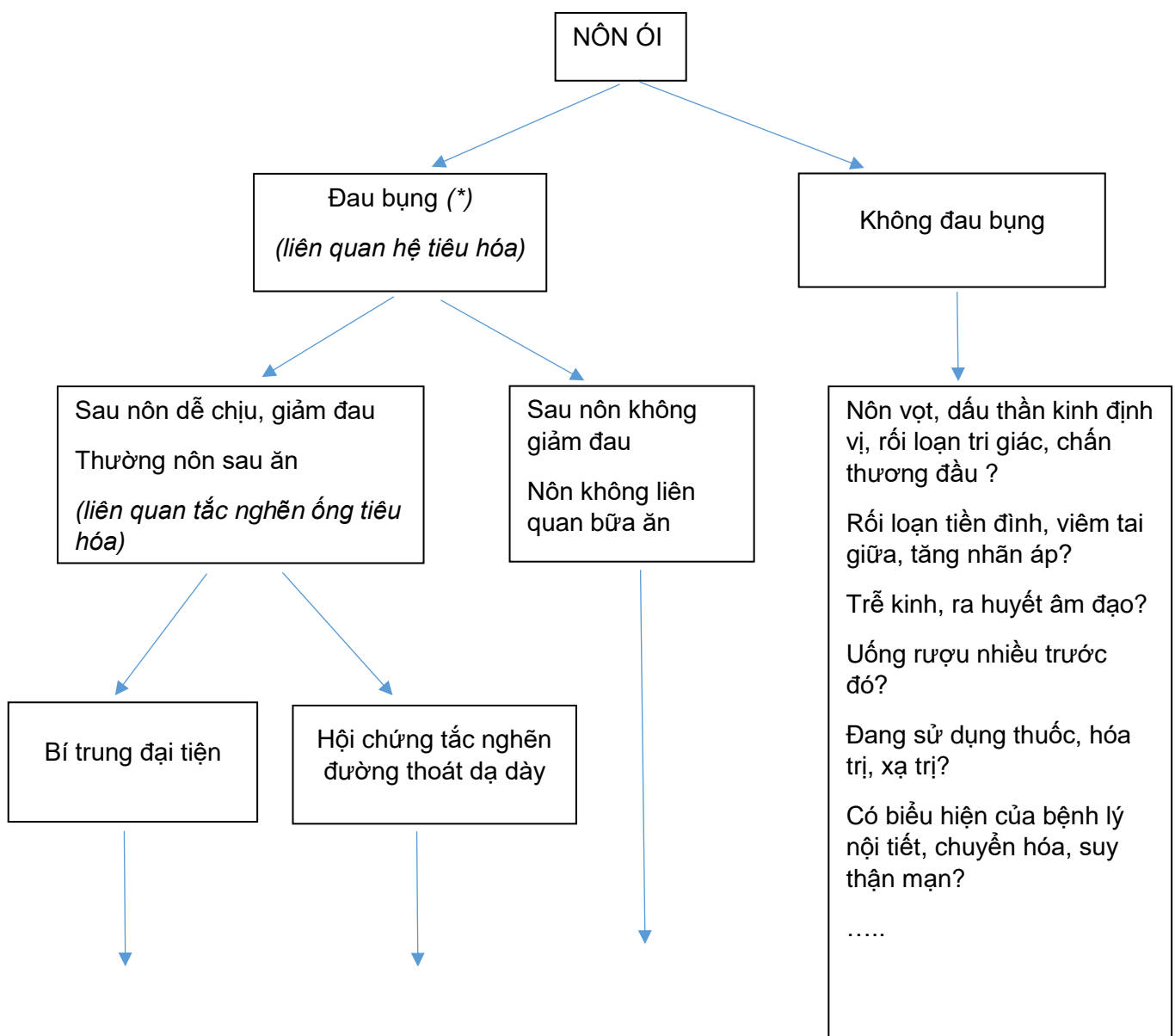
NHÓM NGUYÊN NHÂN	MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP	ĐẶC ĐIỂM
Liên quan đến hệ thần kinh trung ương	<b>Tăng áp lực nội sọ:</b> chấn thương sọ não, u não, viêm não, viêm màng não...	Nôn vọt, thường kèm rối loạn tri giác, dấu TK định vị
	<b>Liên quan đến hệ tiền đình và tai giữa:</b> rối loạn tiền đình, viêm tai giữa...	Tiền căn có triệu chứng của rối loạn tiền đình, say tàu xe, có triệu chứng bất thường ở tai
	<b>Liên quan đến mắt:</b> tăng nhãn áp, rối loạn vận nhãn, chấn thương mắt...	Có triệu chứng bất thường ở mắt
	<b>Liên quan đến mạch máu:</b> đau đầu Migraine	Tiền căn có triệu chứng của đau đầu Migraine
	<b>Liên quan tâm lý:</b> nôn ói do tâm lý, hội chứng cai thuốc, Hysteria...	Có triệu chứng rối loạn tâm lý



<b>Liên quan đến hệ tiêu hóa</b>	<b>Tắc ruột cơ học</b> (do dây dính, lồng ruột, xoắn ruột, u...)	Hội chứng tắc ruột
	<b>Liệt dạ dày-ruột:</b> liệt dạ dày (ở BN tiểu đường, bệnh lý chuyển hóa, do thuốc, do phẫu thuật...), liệt ruột (viêm phúc mạc, do thuốc, do phẫu thuật, hạ Kali máu...), hội chứng ruột kích thích, hội chứng giả tắc đại tràng...	Có triệu chứng của bệnh nền gây liệt dạ dày ruột.
	<b>Liên quan đến viêm:</b> viêm loét dạ dày tá tràng, GERD, thiếu máu nuôi ruột, bệnh Crohn...	Tiền căn viêm dạ dày lâu ngày Có thể có triệu chứng của thiếu máu nuôi ruột (đau bụng, đi cầu ra máu bầm...)
	<b>Liên quan đến u:</b> ung thư dạ dày, u đầu tụy, u tá tràng, ung thư di căn ổ bụng...	Có thể có hội chứng tắc nghẽn đường thoát dạ dày, sứt cân...
	<b>Phản ứng của đau bụng:</b> giai đoạn đầu viêm ruột thừa, cơn đau quặn mật, viêm tụy cấp, chấn thương bụng, viêm phúc mạc...	Luôn kèm theo đau bụng, và thường nôn xong không giảm đau bụng
<b>Liên quan đến thai kỳ</b>	Thai nghén, thai trứng	Tầm soát thai, tiền căn sản khoa
<b>Liên quan đến nhiễm trùng</b>	Nhiễm trùng huyết Ngộ độc thức ăn Viêm gan cấp Viêm dạ dày ruột do vi trùng hay siêu vi Nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa AIDS	Hội chứng nhiễm trùng, yếu tố dịch tễ học, thói quen ăn uống
<b>Liên quan đến nội tiết và rối loạn chuyển hóa</b>	Đái tháo đường nhiễm Ceton Toan chuyển hóa Hội chứng ure huyết cao Tăng calci máu Tăng/ hạ Natri máu Tăng/ hạ Kali máu Cường giáp/ Suy giáp Cường cận giáp Suy thượng thận U tuyến yên	Có những triệu chứng toàn thân kèm theo của nguyên nhân gốc
<b>Liên quan đến bất thường hệ niệu dục</b>	Viêm đài bể thận cấp Bệnh thận tắc nghẽn Viêm tai vôi Viêm nội mạc tử cung Lạc nội mạc tử cung	Có triệu chứng bất thường của hệ niệu, hệ sinh dục
<b>Liên quan đến thuốc và độc chất</b>	Một số thuốc: kháng sinh, nhóm thuốc phen, thuốc tránh thai, thuốc điều trị rối loạn nhịp tim, thuốc hóa trị... Một số độc chất: rượu, khí CO, kim loại nặng...	Tiền căn sử dụng thuốc, hóa trị, có uống rượu, hoặc tiếp xúc độc chất.
<b>Nhóm nguyên nhân khác</b>	Nhồi máu cơ tim cấp Suy tim sung huyết Xạ trị	Có triệu chứng của nhồi máu cơ tim hay suy tim Đang xạ trị

Đôi khi nôn ói là triệu chứng nổi bật nhất đưa bệnh nhân đến bệnh viện, hoặc là triệu chứng duy nhất bệnh nhân có. Đây là những trường hợp khó, đòi hỏi phải khai thác tính chất nôn ói thật kỹ, hỏi tiền căn đầy đủ, khám lâm sàng tốt, và cố gắng tìm ra nguyên nhân nôn ói dựa trên nguyên tắc loại trừ: loại trừ dần những nguyên nhân thường gặp và những nguyên nhân có triệu chứng lâm sàng kinh điển. Không ít trường hợp chúng ta phải dựa vào cận lâm sàng (hình ảnh học, xét nghiệm máu...) để tìm ra nguyên nhân gây nôn ói, cũng có khi không thể tìm ra chính xác được nguyên nhân gây nôn.

Dưới đây là một cách tiếp cận nông nghiệp có thể được áp dụng trên lâm sàng:



TẮC RUỘT  
CƠ HỌC

HẸP MÔN VỊ,  
TẮC TÁ TRÀNG

PHẢN ỨNG CỦA  
ĐAU BỤNG hoặc  
NHIỄM TRÙNG  
TIÊU HÓA, NGỘ  
ĐỘC THỨC ĂN

(\*): đau bụng trước hoặc cùng lúc nôn ói, loại trừ những trường hợp đau cơ bụng do nôn ói quá nhiều

### III. Kết luận:

Nuốt nghẹn và nôn ói là hai triệu chứng chủ yếu của hội chứng tắc nghẽn tiêu hóa trên. Nếu như nuốt nghẹn là một triệu chứng khá đặc hiệu và tiếp cận chẩn đoán không quá khó khăn, thì ngược lại, nôn ói là biểu hiện của rất nhiều bệnh khác nhau, từ bệnh lý của đường tiêu hóa đến những rối loạn toàn thân. Biện luận lâm sàng để hướng đến một số chẩn đoán ban đầu, từ đó giúp ta đề ra chỉ định cận lâm sàng hợp lý, không bỏ sót bệnh.

Tài liệu tham khảo:

1. Stephen N.Adler, "A POCKET MANUAL OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS", 5th Edition, 2008, Chapter 4 - Gastrointestinal and Hepatic System
2. Owen Epstein, "Clinical Examination", 2nd Edition, 1997, Chapter 7- The Abdomen
3. "DeGowin's Diagnostic Examination" - 9th Edition, 2009, Chapter 9- The Abdomen, Perineum, Anus, and Rectosigmoid
4. Huw Llewelyn, "Oxford handbook of clinical diagnosis", 1st Edition, 2006, Chapter 4- GI and GU symptoms
5. Vinay Kumar Kapoor, "Upper GI Tract Anatomy", Jun 28, 2016, Emedicine.medscape
6. Marco Ettore Allaix, "Achalasia", Dec 28, 2017, Emedicine.medscape