

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI, X-QUANG THỰC QUẢN VÀ HRM Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG THỰC QUẢN: KINH NGHIỆM ĐỊNH HƯỚNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI

Đinh Thị Hương¹, Hồ Thị Hà Phương¹, Đào Trần Tiến¹, Vũ Trường Khanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn vận động thực quản, đặc biệt co thắt tâm vị (achalasia), là bệnh lý hiếm gặp, tiến triển mạn tính, có thể gây viêm phổi hít và suy dinh dưỡng, cần phối hợp nhiều phương tiện chẩn đoán để định hướng điều trị.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi, X-quang thực quản và đo áp lực thực quản độ phân giải cao (HRM), đồng thời đánh giá kinh nghiệm định hướng điều trị theo từng nhóm bệnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 84 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn vận động thực quản bằng HRM tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ 8/2022 đến 4/2026. Phân tích các đặc điểm lâm sàng, nội soi, X-quang, phân loại HRM và phương pháp điều trị.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy achalasia chiếm 63,09% (53/84), IEM 16,67% (14/84), EGJOO 16,67% (14/84) và mất nhu động hoàn toàn 3,57% (AC, 3/84). Ở nhóm achalasia, bệnh nhân điều trị nong bóng (PD, n=21) chủ yếu type II (90%), type I 10%, điểm Eckardt trung bình 6,67; nhóm điều trị POEM (n=34) có thời gian mắc bệnh dài hơn (5,04 năm), nhiều biến chứng hơn, phân bố type I:II:III là 12,5%:75%:12,5%. Nhóm EGJOO biểu hiện không đồng nhất, điểm Eckardt trung bình 3,28, đa số không có tắc nghẽn trên nội soi; 86% điều trị nội khoa, một số trường hợp can thiệp (PD hoặc POEM). Nhóm AC có thời gian bệnh kéo dài (> 8 năm), thực quản giãn nặng, đã can thiệp nhiều lần; 2/3 điều trị POEM. Nhóm IEM có điểm Eckardt trung bình 4,07, nội soi chủ yếu bình thường và 93% đáp ứng điều trị nội khoa.

Kết luận: HRM giữ vai trò then chốt trong chẩn đoán và phân loại rối loạn vận động thực quản. Kết hợp lâm sàng, nội soi và X-quang giúp định hướng điều trị cá thể hóa, từ nội khoa đến các can thiệp như PD, POEM, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Rối loạn vận động thực quản; HRM; achalasia; EGJOO; IEM; POEM.

SUMMARY

CLINICAL, ENDOSCOPIC, ESOPHAGOGRAM AND HRM CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL MOTILITY DISORDERS: TREATMENT-ORIENTED EXPERIENCE AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL, HANOI

Background: Esophageal motility disorders, particularly achalasia, are rare chronic conditions that may lead to aspiration pneumonia and malnutrition, requiring a multimodal diagnostic approach to guide management.

Objectives: This study aimed to describe clinical, endoscopic, and radiographic characteristics, as well as high-resolution manometry (HRM) findings, and to evaluate treatment-oriented experience across different disease subgroups.

Methods: A descriptive study was conducted on 84 patients diagnosed with esophageal motility disorders using HRM at Tam Anh General Hospital, Hanoi, from August 2022 to April 2026. Clinical features, endoscopic and radiographic findings, HRM classification, and treatment modalities were analyzed.

Results: Achalasia accounted for 63.09% (53/84), ineffective esophageal motility (IEM) 16.67% (14/84), esophagogastric junction outflow obstruction (EGJOO) 16.67% (14/84), and absent contractility (AC) 3.57% (3/84). In the achalasia group, patients treated with pneumatic dilation (PD, n=21) were predominantly type II (90%) and type I (10%), with a mean Eckardt score of

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hương
Email: dinhhuongyhn94@gmail.com
Ngày nhận bài: 15/5/2026
Ngày phản biện khoa học: 16/7/2026
Ngày duyệt bài: 431/7/2026

6.67. Patients undergoing peroral endoscopic myotomy (POEM, n=34) had a longer disease duration (5.04 years), more complications, and a subtype distribution of type I:II:III as 12.5%:75%:12.5%. The EGJOO group showed heterogeneous presentations, with a mean Eckardt score of 3.28; most had no obstructive findings on endoscopy. Medical therapy was applied in 86% of cases, while a minority required intervention (PD or POEM). The AC group had a prolonged disease duration (> 8 years), severe esophageal dilatation, and multiple prior interventions; two-thirds were treated with POEM. The IEM group had a mean Eckardt score of 4.07, largely normal endoscopic findings, and 93% responded to medical treatment.

Conclusions: HRM plays a central role in the diagnosis and classification of esophageal motility disorders. Integration of clinical, endoscopic, and radiographic data facilitates individualized treatment strategies, ranging from medical therapy to interventional procedures such as PD and POEM, thereby improving clinical outcomes.

Keywords: Esophageal motility disorders; HRM; achalasia; EGJOO; IEM; POEM.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn vận động thực quản là nhóm bệnh lý đặc trưng với bất thường co bóp thân thực quản và/hoặc chức năng cơ thắt thực quản dưới. Trong đó, co thắt tâm vị (achalasia) là bệnh lý thường gặp nhất, đặc trưng bởi mất nhu động thực quản và giảm khả năng giãn cơ thắt thực quản dưới. Bệnh thường diễn tiến mạn tính có thể gây các triệu chứng: khó nuốt, trào ngược, suy dinh dưỡng, viêm phổi hít và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Những năm gần đây, phương pháp đo áp lực thực quản độ phân giải cao (High-resolution manometry – HRM) được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và phân loại rối loạn vận động thực quản [4]. Các rối loạn vận động thực quản thường gặp theo phân loại

Chicago 4.0 như co thắt tâm vị (Achalasia), tắc nghẽn đường ra của thực quản (EGJOO) nhu động thực quản không hiệu quả (IEM), hay mất nhu động hoàn toàn (AC)...[6]. Tuy nhiên, việc đánh giá bệnh nhân toàn diện cần kết hợp thêm lâm sàng, nội soi đường tiêu hóa trên và X-quang thực quản để loại trừ tổn thương thực thể, đánh giá biến chứng và định hướng điều trị.

Tại Việt Nam, kỹ thuật đo HRM đã được triển khai ở một số trung tâm tiêu hóa lớn nhưng các nghiên cứu tổng thể kết hợp đa phương tiện (lâm sàng, nội soi, X-quang và HRM) để rút ra kinh nghiệm định hướng điều trị vẫn còn khá hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi, X-quang thực quản và HRM ở bệnh nhân rối loạn vận động thực quản và đánh giá kinh nghiệm định hướng điều trị theo từng nhóm bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được thực hiện HRM và chẩn đoán rối loạn vận động thực quản. Có đầy đủ thông tin lâm sàng, nội soi và X-quang thực quản.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ, không hoàn thành đo HRM hoặc bệnh nhân có tổn thương ác tính thực quản hoặc tâm vị, loét thực quản... trên nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận

tiện: các bệnh nhân được thực hiện đo HRM và được chẩn đoán rối loạn vận động thực quản theo phân loại Chicago 4.0 và thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Tiêu chuẩn phân loại rối loạn vận động thực quản theo Chicago 4.0 [6]:

- Co thắt tâm vị (Achalasia):

+ Type I: IRP tăng hơn ngưỡng bình thường (bất thường theo ngưỡng của từng hệ thống HRM), 100% nhịp nuốt thất bại và không có nhịp nuốt đến sớm hay nhịp nuốt tăng áp lực dọc lòng thực quản.

+ Type II: IRP tăng, 100% nhịp nuốt thất bại và $\geq 20\%$ nhịp nuốt tăng áp lực dọc lòng thực quản.

+ Type III: IRP tăng, $\geq 20\%$ nhịp nuốt đến sớm, nhịp nuốt thất bại.

- EGJOO: IRP tăng hơn ngưỡng bình thường ở cả 2 tư thế nằm và ngồi, không đủ tiêu chuẩn của Achalasia, kèm theo triệu chứng (nuốt nghẹn hoặc đau ngực) và bằng chứng tắc nghẽn trên TBE hoặc FLIP mới được coi là EGJOO có ý nghĩa lâm sàng.

- AC: IRP bình thường, 100% nhịp nuốt thất bại

- IEM: IRP bình thường, $>70\%$ nhịp nuốt không hiệu quả hoặc $\geq 50\%$ nhịp nuốt thất bại

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tiêu hóa- gan mật tụy, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 08 năm 2022 đến hết tháng 04 năm 2026.

Các biến số nghiên cứu bao gồm:

Đặc điểm chung: tuổi, giới, BMI.

Đặc điểm lâm sàng: thời gian mắc bệnh, điểm Eckardt, tiền sử can thiệp...

Đặc điểm nội soi và X-quang thực quản.

Kết quả HRM theo phân loại Chicago 4.0: Achalasia, EGJOO, IEM, AC.

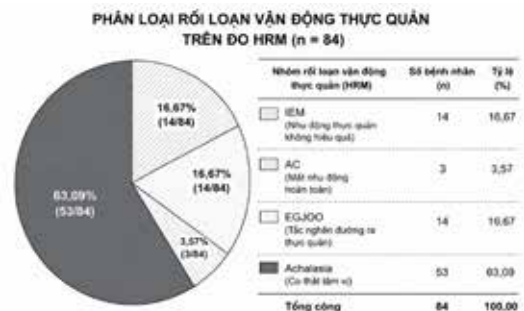
Phương pháp điều trị: nội khoa, nong bóng thực quản (PD), cắt cơ thắt thực quản qua nội soi đường miệng (POEM).

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố các nhóm rối loạn vận động thực quản trên đo HRM

Nghiên cứu thu tuyển được 84 đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong đó nhóm co thắt tâm vị là chủ yếu chiếm 63.09%.



Hình 1. Biểu đồ phân loại rối loạn vận động thực quản trên đo HRM

3.2. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, xquang thực quản dạ dày và định hướng điều trị với từng nhóm bệnh nhân rối loạn vận động thực quản

3.2.1. Nhóm nhu động thực quản không hiệu quả (IEM) và tắc nghẽn đường ra thực quản (EGJOO)

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và điều trị nhóm IEM và EGJOO

Đặc điểm	Nhóm IEM (n=14)	Nhóm EGJOO (n=14)
Tỉ lệ Nam:Nữ	1 : 2,5	1 : 1
Tuổi trung bình	47,79	54,5
Điểm Eckardt trung bình	4,07	3,28
Điều trị nội khoa	13 (93%)	12 (86%)
Can thiệp (PD/POEM)	1 (PD)	2 (1 POEM, 1 PD)

Nhóm IEM: Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là trào ngược và vướng vùng cổ (Eckardt trung bình 4,07). Đa số bệnh nhân (93%) có hình ảnh trên nội soi thực quản dạ dày và X-quang thực quản bình thường hoặc biến đổi nhẹ, do đó điều trị nội khoa là lựa chọn ưu tiên.

Nhóm EGJOO: Điểm Eckardt trung bình thấp, đáng chú ý có 86% trường hợp nội soi thực quản dạ dày không ghi nhận tắc nghẽn cơ học và được điều trị nội khoa. Có 2 trường hợp được lựa chọn can thiệp: can thiệp nong thực quản bằng bóng (PD) ở bệnh nhân có điểm Eckardt cao: 6 điểm, nội soi tâm vị thực quản co thắt và can thiệp POEM ở bệnh nhân có tắc nghẽn trên hình ảnh nội soi và X-quang thực quản và đã trải qua phẫu thuật Heller (LHM) trước đó.

3.2.2. Nhóm bệnh nhân mất nhu động hoàn toàn (AC)

Nhóm bệnh nhân này chiếm tỉ lệ thấp nhất (3,57%) nhưng có bệnh cảnh lâm sàng nặng nề nhất:

- Thời gian mắc bệnh có xu hướng kéo dài (> 8 năm), bệnh nhân đến khám đã có biến chứng như viêm phổi hít hay thực quản biến dạng Sigma.

- Bệnh nhân đã can thiệp nhiều lần (PD, LHM) nhưng thất bại hoặc tái phát.

- Hình ảnh nội soi và X-quang thực quản đều ghi nhận tình trạng giãn thực quản, ứ đọng dịch và co thắt tâm vị. Có 2/3 bệnh nhân được điều trị bằng POEM và 1 bệnh nhân tiếp tục theo dõi điều trị nội khoa.

3.2.3. Nhóm bệnh nhân co thắt tâm vị (Achalasia)

Nhóm bệnh nhân co thắt tâm vị (Achalasia) có tỷ lệ nam: nữ ~ 1:1,3. Tỷ lệ điều trị bằng PD: POEM ~ 2:3.

Bảng 2. Đặc điểm của bệnh nhân Co thắt tâm vị giữa hai nhóm điều trị bằng PD và POEM

Đặc điểm	PD (n=21)	POEM (n=34)
Tuổi trung bình	44,5	46,7
Thời gian bệnh trung bình (năm)	2,9	5,04
Điểm Eckardt trung bình	6,67	6,59
Tiền sử đã can thiệp (bệnh nhân)	4	10
Thực quản giãn Sigma (bệnh nhân)	0	3

Đặc điểm	PD (n=21)	POEM (n=34)
Phân loại HRM	Type II (90%) Type I (10%)	Type II (75%) Type I (12,5%) Type III (12,5%)

Nhóm bệnh nhân điều trị bằng PD

Phương pháp nong thực quản bằng bóng (PD) được thực hiện ở những bệnh nhân có xu hướng thời gian bị bệnh ngắn hơn, thực quản chưa biến dạng đáng kể trên hình ảnh nội soi và X-quang. Nhóm bệnh nhân được nong thực quản bằng bóng chủ yếu là co thắt tâm vị type II trên đo HRM (90%)

Nhóm bệnh nhân điều trị bằng POEM

Phương pháp cắt cơ thắt thực quản qua nội soi đường miệng (POEM) được thực hiện ở các trường hợp có xu hướng thời gian diễn biến bệnh kéo dài hơn so với nhóm PD, nhiều trường hợp có các biến chứng: suy dinh dưỡng, viêm phổi, thực quản biến dạng Sigma hoặc đã thất bại với các phương pháp điều trị trước đó (PD, LHM)

Đo HRM theo Chicago 4.0 ghi nhận tỷ lệ achalasia type I:II:III ở nhóm bệnh nhân được thực hiện POEM lần lượt là 12,5%:75%:12,5%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy achalasia là nhóm rối loạn vận động thực quản thường gặp nhất, chiếm hơn 60% số trường hợp, cao hơn nghiên cứu của tác giả Đào Việt Hằng và cs (IEM phổ biến nhất chiếm 36,1%, Achalasia 2.3%) [1]. Kết quả này phù hợp với thực hành lâm sàng khi đa số bệnh nhân được chỉ định HRM vì triệu chứng nuốt nghẹn nuốt khó kéo dài hoặc nghi ngờ co thắt tâm vị.

Nhóm IEM chủ yếu có biểu hiện nhẹ, triệu

chứng không điển hình và nội soi thường không phát hiện bất thường rõ ràng. Đa số bệnh nhân đáp ứng với điều trị nội khoa, cho thấy việc nhận diện đúng nhóm bệnh giúp tránh các can thiệp không cần thiết.

Ngược lại, nhóm mất nhu động hoàn toàn có diễn tiến kéo dài, nhiều biến chứng và đã trải qua nhiều lần can thiệp trước đó. Tình trạng thực quản giãn nở, biến dạng Sigma và viêm phổi hít phản ánh giai đoạn muộn của bệnh. Ở nhóm này, POEM vẫn là lựa chọn có giá trị ở các trường hợp còn khả năng bảo tồn thực quản.

Nhóm EGJOO là nhóm không đồng nhất, có thể bao gồm các trường hợp giai đoạn sớm của achalasia hoặc rối loạn chức năng thoáng qua. Việc phối hợp lâm sàng, nội soi, X-quang và HRM giúp lựa chọn đúng bệnh nhân cần can thiệp, trong khi đa số trường hợp có thể theo dõi điều trị nội khoa.

Ở nhóm achalasia, bệnh nhân được chỉ định POEM có thời gian mắc bệnh có xu hướng dài hơn, biến chứng về suy dinh dưỡng và biến dạng thực quản cao hơn so với nhóm PD. Điều này phản ánh xu hướng lựa chọn POEM cho các trường hợp co thắt tâm vị type III, các trường hợp bệnh nặng, tái phát hoặc thất bại với điều trị trước đó [3],[5]. Trong khi đó, nhóm PD chủ yếu là bệnh nhân achalasia type II với thời gian mắc bệnh ngắn hơn và ít biến chứng hơn.

HRM đóng vai trò trung tâm trong chẩn

đoán và phân loại rối loạn vận động thực quản theo Chicago 4.0 [2]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy việc phối hợp với nội soi và X-quang thực quản có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá biến chứng, loại trừ tổn thương thực thể và định hướng lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

Hạn chế của nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu, đơn trung tâm, cỡ mẫu nhỏ ở một số phân nhóm, còn thiếu các dữ liệu theo dõi kết quả sau can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Achalasia là rối loạn vận động thực quản thường gặp nhất trong nghiên cứu này. Các nhóm bệnh rối loạn vận động thực quản có đặc điểm lâm sàng, nội soi, X-quang và HRM khác nhau, từ đó dẫn đến chiến lược điều trị khác nhau.

HRM giữ vai trò then chốt trong chẩn đoán và phân loại bệnh. Tuy nhiên cần kết hợp HRM với đánh giá lâm sàng, nội soi và X-quang thực quản giúp cá thể hóa điều trị, từ nội khoa đến các can thiệp như PD và POEM, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và cải

thiện tiên lượng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào, V. H., Lưu, T. M. H., & Nguyễn, D. T..** Đặc điểm các rối loạn nhu động thực quản ở bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa trên theo Chicago 4.0. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024; 543(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v543i1.11297>.
2. **Carlson DA, Hirano I.** Advances in the evaluation and management of esophageal motility disorders. Clin Gastroenterol Hepatol. 2018;16(11):1692-1700.
3. **Inoue H, Sato H, Ikeda H, et al.** Per-oral endoscopic myotomy: a series of 500 patients. J Am Coll Surg. 2015;221(2):256-264.
4. **Roman S, Kahrilas PJ.** Challenges in the swallowing mechanism: nonobstructive dysphagia in the era of high-resolution manometry and Chicago Classification. Gastroenterology. 2014;146(6):1528-1540.
5. **Vaezi MF, Pandolfino JE, Yadlapati RH, et al.** ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Achalasia. Am J Gastroenterol. 2023;118(1):30-54.
6. **Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, et al.** Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0. Neurogastroenterol Motil. 2021;33(1):e14058.