

NGẤT PHẦN XẠ (NGẤT DO CƯỜNG PHẾ VỊ - VASOVAGAL SYNCOPE)

Melinda Kwan, DO, MPH • Norton Winer, MD

CƠ BẢN

Mất ý thức và trương lực tư thế có thể hồi phục, thứ phát sau tụt huyết áp toàn thân và giảm tưới máu não do giãn mạch và/hoặc nhịp chậm (hiếm khi nhịp nhanh), kèm hồi phục tự nhiên và không để lại di chứng thần kinh. Thuật ngữ ngất không bao gồm co giật, hôn mê, sốc, hoặc các tình trạng rối loạn ý thức khác.

MÔ TẢ

- Bắt nguồn từ tiếng Hy Lạp syncopa, nghĩa là "cắt ngắn".
- Mất ý thức đột ngột, thoáng qua, đặc trưng bởi tình trạng không đáp ứng, ngã, và hồi phục tự nhiên.
- Nguyên nhân thường gặp gây ngất ở mọi nhóm tuổi, đặc biệt ở bệnh nhân không có bằng chứng bệnh lý thần kinh hoặc tim mạch.
- Năm loại ngất chính: ngất do cường phế vị hoặc ngất do phản xạ thần kinh tim (neurocardiogenic), ngất tình huống, hạ huyết áp tư thế đứng, quá mẫn xoang cảnh, và ngất do đau dây thần kinh thiệt hầu/tam thoa (ít gặp) (1).

DỊCH TỄ HỌC

- Tử vong: ngất liên quan tim mạch 20–30%, và 5% ở ngất vô căn.
- Tuổi: có thể gặp ở mọi lứa tuổi.

Tỷ lệ mới mắc

- Dao động từ 7% ở trẻ em <18 tuổi đến 15% ở người lớn >70 tuổi.
- Chiếm 36–62% tổng số các đợt ngất.
- Tỷ lệ tái phát 30%.

Tỷ lệ hiện mắc

22% trong dân số nói chung.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

Nguyên nhân: đáp ứng bất thường của các cơ chế bình thường duy trì huyết áp khi ở tư thế đứng.

- Ở người bình thường, tư thế đứng gây ứ đọng máu tĩnh mạch và giảm huyết áp thoáng qua.
- Ngất do nguyên nhân thần kinh có thể là hậu quả của đáp ứng ức chế tim, đáp ứng giãn mạch, hoặc kết hợp cả hai.
- Tăng trương lực phế vị tim dẫn đến nhịp chậm hoặc vô tâm thu, và giảm hoạt động giao cảm ngoại biên dẫn đến giãn tĩnh mạch và tụt huyết áp (2).
- Ngất do cường phế vị thường có yếu tố khởi phát, thường liên quan đến sợ hãi, đau, hoảng loạn, căng sức, kích thích gây khó chịu, hoặc tiếp xúc với nhiệt (2).
- Ngất do xoang cảnh được khởi phát bởi thay đổi tư thế, quay đầu, hoặc mặc áo cổ chặt (có thể do khối u vùng cổ hoặc sẹo phẫu thuật).

- Ngất tình huống liên quan đến đi tiểu, đi đại tiện, sau gắng sức, ho, hoặc nuốt (3).
- Ngất do đau dây thần kinh thiệt hầu liên quan đến đau họng hoặc đau mặt.

Di truyền

Ngất do cường phế vị có liên quan đến một số dấu ấn di truyền nhất định, đặc biệt liên quan đến tín hiệu serotonin và dopamine (4).

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Huyết áp lúc nghỉ thấp.
- Tuổi: người cao tuổi.
- Nằm ngửa kéo dài dẫn đến suy giảm khả năng thích nghi của hệ thần kinh tự chủ.

DỰ PHÒNG CHUNG

Tránh các sự kiện hoặc tình huống khởi phát. Kiểm soát tối ưu đường huyết (nếu có đái tháo đường), sử dụng vớ áp lực, bù đủ nước.

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

- Bệnh lý tim phổi: suy tim sung huyết (CHF), nhồi máu cơ tim (MI), rối loạn nhịp, bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn, tăng huyết áp, thuyên tắc phổi (PE).
- Bệnh lý thần kinh: rối loạn chức năng thần kinh tự chủ, hội chứng Shy-Drager, bệnh Parkinson, teo đa hệ thống, cơn thiếu máu não thoáng qua, thiếu năng tuần hoàn hệ đốt sống-nền, bệnh lý thần kinh ngoại biên.
- Bệnh lý tâm thần:
 - Rối loạn lo âu lan tỏa.
 - Rối loạn hoảng loạn.
 - Trầm cảm nặng.
 - Lệ thuộc rượu.

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Tiền sử ngất trong khi hoặc ngay sau gắng sức đáng lo ngại cho ngất do nguyên nhân tim.
- Ngất qua trung gian thần kinh thường có các triệu chứng báo trước như nhìn mờ, hồi hộp, buồn nôn, cảm giác nóng, vã mồ hôi, hoặc choáng váng; hoặc có thể có tiền sử buồn nôn, cảm giác nóng, vã mồ hôi, hoặc mệt mỏi sau khi ngất.
- Ngất do cường phế vị
 - Ba giai đoạn: tiền triệu, mất ý thức, và sau ngất.
 - Thường xác định được sự kiện hoặc yếu tố khởi phát, như hoảng loạn, sợ hãi, đau, hoặc gắng sức.
 - Có thể xảy ra sau gắng sức ở vận động viên (chẩn đoán loại trừ).
 - Tự thê: có thể xảy ra sau khi đứng lâu nhưng cũng có thể xảy ra ở bất kỳ tư thế nào; thường hồi phục khi bệnh nhân nằm ngửa.
 - Sự kiện đi trước: như đã bàn luận ở trên.

- Tiền triệu: như đã liệt kê ở trên đối với ngất qua trung gian thần kinh.
- Thời gian: thường ngắn (vài giây đến vài phút).
- Hồi phục: có thể kéo dài với buồn nôn, nhợt nhạt, và vã mồ hôi dai dẳng, nhưng không có thay đổi thần kinh hoặc lú lẫn.
- Ngất do xoang cảnh được khởi phát bởi thay đổi tư thế, sau khi quay đầu, hoặc mặc áo cổ chặt.
- Ngất tình huống liên quan đến đi tiểu, đi đại tiện, hoặc ho.
- Ngất do đau dây thần kinh thiệt hầu (ít gặp hơn) liên quan đến đau họng hoặc đau mặt.
 - Các sự kiện hoặc tình huống khởi phát có thể bao gồm hoảng loạn, đau, gắng sức, đi tiểu, đi đại tiện, ho, hoặc nuốt.
- Phụ nữ mang thai có thể bị ngất phản xạ khi thay đổi tư thế từ nằm ngửa sang nằm nghiêng hoặc đứng dậy.

KHÁM THỰC THỂ

- Dấu hiệu sinh tồn, bao gồm huyết áp tư thế đứng và huyết áp hai bên.
- Khám tim: tình trạng thể tích tuần hoàn, tiếng thổi, nhịp tim, tiếng thổi động mạch cảnh.
- Khám thần kinh: dấu hiệu thiếu sót khu trú.
- Đánh giá mất máu ẩn.
- Nghiệm pháp Dix-Hallpike nếu nghi ngờ chóng mặt tư thế kích phát lành tính.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Co giật.
- Rối loạn nhịp tim.
- Hạ đường huyết.
- Ngất do nguyên nhân tim.
- Ngất do nguyên nhân mạch máu não.
- Hạ huyết áp tư thế đứng.
- Cơn ngã đột ngột (drop attacks).
- Bệnh lý tâm thần.

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & GIẢI THÍCH KẾT QUẢ

Định hướng bởi bệnh sử và khám thực thể, bao gồm các xét nghiệm cơ bản để loại trừ ba nguyên nhân chính gây ngất: hạ đường huyết, rối loạn nhịp tim, và thiếu máu.

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

- Đường huyết (loại trừ hạ đường huyết).
- Điện tâm đồ nên được chỉ định cho tất cả bệnh nhân. Các bất thường trên điện tâm đồ thường gặp ở bệnh nhân ngất do nguyên nhân tim (rối loạn nhịp).
- Công thức máu (CBC) (loại trừ thiếu máu).
- CT sọ não, MRI/MRA, siêu âm động mạch cảnh chỉ khi bệnh sử hoặc khám thực thể gợi ý nguyên nhân thần kinh.
 - Các thăm dò hình ảnh học không được chỉ định cho chấn thương không đáng kể khi khám thần kinh bình thường (5).

Xét nghiệm theo dõi & Các cân nhắc đặc biệt

- Theo dõi Holter 24 giờ chỉ khi có khả năng cao là nguyên nhân do tim và/hoặc có bất thường trên điện tâm đồ.
- Hemoglobin thấp không rõ nguyên nhân chảy máu cần làm xét nghiệm máu ẩn trong phân, CT sọ não (loại trừ xuất huyết dưới nhện), CT bụng (loại trừ chảy máu sau phúc mạc).
- Hình ảnh học âm tính thúc đẩy tìm kiếm các nguyên nhân khác.
- Đột quỵ, xuất huyết, hoặc hẹp động mạch cảnh cần được xử trí phù hợp theo từng bệnh lý.
- Điện não đồ (EEG) chỉ khi bệnh sử hoặc khám thực thể gợi ý co giật.
- Máy ghi vòng lặp cấy dưới da (implantable loop recorder).

Thủ thuật chẩn đoán/Khác

- Nghiệm pháp bàn nghiêng (head-up tilt table testing):
 - Chống chỉ định ở bệnh nhân đã biết bệnh tim hoặc bệnh mạch máu thần kinh, hoặc ở phụ nữ mang thai.
 - Chỉ định cho ngất tái phát hoặc một đợt ngất kèm chấn thương hoặc nguy cơ cho người khác (ví dụ: phi công, phẫu thuật viên).
 - Sử dụng các thay đổi tư thế để tái tạo triệu chứng.
 - Nghiệm pháp dương tính chẩn đoán xác định ngất do cường phế vị.
- Xoa xoang cảnh, chỉ thực hiện trong môi trường có theo dõi (tức theo dõi huyết áp và nhịp tim, có đường truyền tĩnh mạch):
 - Chống chỉ định ở bệnh nhân có bệnh động mạch cảnh (nghe kỹ trước khi xoa là bắt buộc).
 - Ấn tại góc hàm trong 5 giây kèm theo dõi điện tâm đồ đồng thời.
 - Nghiệm pháp dương tính (gây ngất hoặc ngừng tim >3 giây) chẩn đoán xác định ngất do xoang cảnh.
- Đánh giá tâm thần: để loại trừ lo âu, trầm cảm, và lạm dụng rượu.

ĐIỀU TRỊ

Điều trị chủ yếu dành cho ngất tái phát. Ngất tình huống không cần điều trị đặc hiệu.

BIỆN PHÁP CHUNG

Xác định và tránh các sự kiện hoặc tình huống khởi phát.

THUỐC

Thuốc hàng thứ nhất

Điều trị không dùng thuốc

- Tư vấn bệnh nhân
 - Phát triển kỹ năng đối phó.
 - Tăng lượng muối và nước uống vào.
- Tập luyện thể lực mức độ vừa phải
 - Co cơ đẳng trường (isometric)
 - Bắt chéo chân và siết chặt mông.

- Nắm chặt tay và căng cơ cánh tay.
- Các động tác này làm tăng cung lượng tim và huyết áp động mạch (6).
- Tập luyện bằng bàn nghiêng
 - Kéo dài dần dần thời gian đứng thẳng có kiểm soát.

Thuốc hàng thứ hai

- Thuốc chủ vận alpha (α -agonists) chủ yếu dùng cho hạ huyết áp tư thế đứng.
 - Midodrine thường được sử dụng, đặc biệt ở bệnh nhân trẻ, khỏe mạnh có "gánh nặng ngất" cao (7). Thuốc làm tăng sức cản mạch máu ngoại biên và tăng máu tĩnh mạch trở về. Tác dụng phụ bao gồm tăng huyết áp, dị cảm, bí tiểu, "nổi da gà", tăng động, chóng mặt, run, và bồn chồn.
- Nhóm SSRI: Paroxetine và fluoxetine hữu ích trong điều trị ngất do phản xạ thần kinh tim/cường phế vị.
 - Serotonin ảnh hưởng đến huyết áp và nhịp tim thông qua hệ thần kinh trung ương. Serotonin làm giảm đáp ứng rút giao cảm đối với sự tăng nhanh nồng độ serotonin.
 - Tác dụng phụ bao gồm tăng cân, buồn nôn, lo âu, rối loạn chức năng tình dục, và mất ngủ.
- Nhóm mineralocorticoid: Fludrocortisone được thấy là có ích chủ yếu trong hạ huyết áp tư thế đứng.
 - Hữu ích trong việc tăng hấp thu natri ở thận và tăng đáp ứng co mạch ngoại biên.
 - Phản ứng bất lợi bao gồm giữ nước, tăng huyết áp, suy tim sung huyết, phù ngoại biên, và hạ kali máu.
- Thuốc chẹn beta: metoprolol, atenolol, hoặc pindolol chủ yếu dùng cho hội chứng nhịp nhanh tư thế đứng (POTS).
 - Ức chế các thuốc giãn mạch ngoại biên và kích thích thụ thể cơ học ở tâm thất.
 - Ổn định nhịp tim và huyết áp.
 - Tác dụng phụ: tụt huyết áp và nhịp chậm (làm nặng thêm tình trạng ngất), mệt mỏi, trầm cảm, và rối loạn chức năng tình dục.
 - Chống chỉ định ở bệnh nhân hen.

VẤN ĐỀ CẦN HỘI CHẨN/CHUYỂN VIỆN

Chuyên khoa thần kinh hoặc tim mạch, khi cần thiết.

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

Sử dụng với hỗ trợ/áp lực.

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

Đặt máy tạo nhịp tim có thể hữu ích ở bệnh nhân ngất do phản xạ thần kinh tim/cường phế vị tái diễn thường xuyên, kháng trị với các liệu pháp khác (3)[C].

- Ngăn ngừa nhịp chậm hoặc vô tâm thu kéo dài trong các đợt ngất.
- Hiệu quả lâu dài.
- Thủ thuật đặt máy có tính xâm lấn.

Y HỌC BỔ SUNG & THAY THẾ

Các điều trị hướng tới bệnh tim nền hoặc yếu tố khởi phát (ví dụ: lo âu); không có liệu pháp nào được chứng minh hiệu quả.

- Dinh dưỡng và thực phẩm bổ sung: acid béo omega-3, vitamin tổng hợp, CoQ10, acetyl-L-carnitine, acid alpha-lipoic, và L-arginine.
- Thảo dược: trà xanh (*Camellia sinensis*), việt quất (*Vaccinium myrtillus*), ginkgo (*Ginkgo biloba*).
- Vi lượng đồng căn: carbo vegetabilis, opium, sepia.
- Châm cứu: có thể gây khởi phát ngất.

CÂN NHẮC VỀ NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

Nhập viện hoặc đánh giá chuyên sâu khi có (8):

- Bệnh động mạch vành nặng hoặc bệnh tim cấu trúc (suy tim sung huyết nặng, phân suất tống máu thấp hoặc tiền sử nhồi máu cơ tim, hẹp van động mạch chủ).
- Ngất do rối loạn nhịp tim:
 - Điện tâm đồ có thể cho thấy block hai nhánh, nhịp chậm xoang <40 lần/phút không do block xoang nhĩ hoặc thuốc chẹn beta, hội chứng Brugada, khoảng QT bất thường, v.v.
- Thiếu máu nặng hoặc rối loạn điện giải.
- Tiền sử gia đình có người đột tử.
- Dịch tinh thể đẳng trương, khi cần.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Xuất viện khi ổn định huyết động và kết quả thăm dò thỏa đáng.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

CHẾ ĐỘ ĂN

- Tăng lượng muối ăn vào có thể hữu ích nếu không có chống chỉ định khác (2)[C].
- Duy trì lượng nước uống vào.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Xác định và tránh các sự kiện hoặc tình huống khởi phát.
- Tránh mất nước, uống rượu, môi trường nóng, quần áo chật, và đứng yên trong thời gian dài.
- Nhận biết các triệu chứng báo trước ngất.
- Áp dụng các hành vi, như nằm xuống, để tránh ngất.

TIỀN LƯỢNG

Có thể tái phát nhưng không đe dọa tính mạng.

BIẾN CHỨNG

Có thể gây chấn thương do ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zou R, Wang S, Lin P, et al. The clinical characteristics of situational syncope in children and adults undergoing head-up tilt testing. *Am J Emerg Med.* 2020;38(7):1419–1423.

2. Rocha BML, Gomes RV, Cunha GJL, et al. Diagnostic and therapeutic approach to cardioinhibitory reflex syncope: a complex and controversial issue. Rev Port Cardiol (Engl Ed). 2019;38(9):661–673.
3. Walsh K, Hoffmayer K, Hamdan MH. Syncope: diagnosis and management. Curr Probl Cardiol. 2015;40(2):51–86.
4. Sheldon RS, Gerull B. Genetic markers of vasovagal syncope. Auton Neurosci. 2021;235:102871.
5. Runser LA, Gauer RL, Houser A. Syncope: evaluation and differential diagnosis. Am Fam Physician. 2017;95(5):303–312.
6. Kenny RA, McNicholas T. The management of vasovagal syncope. QJM. 2016;109(12):767–773.
7. Sheldon R, Faris P, Tang A, et al. Midodrine for the prevention of vasovagal syncope: a randomized clinical trial. Ann Intern Med. 2021;174(10):1349–1356.
8. Moya A, Sutton R, Ammirati F, et al; for Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope, European Society of Cardiology, European Heart Rhythm Association, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J. 2009;30(21):2631–2671.

Tài liệu đọc thêm

Romano S, Branz L, Fondrieschi L, et al. Does a therapy for reflex vasovagal syncope really exist? High Blood Press Cardiovasc Prev. 2019;26(4):273–281.

XEM THÊM

Sơ đồ (Algorithms): Ngất; Cơ thiếu máu não thoáng qua và các thiếu sót thần kinh thoáng qua.

MÃ BỆNH

ICD10

R55 Ngất và trụy mạch (Syncope and collapse).

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Khai thác bệnh sử cẩn thận về các sự kiện xảy ra trước đợt ngất giúp định hướng đánh giá và xử trí.
- Cần loại trừ ngất do nguyên nhân tim hoặc thần kinh.
- Giai đoạn tiền triệu thường gặp trong ngất phản xạ.
- Quá trình hồi phục có thể kéo dài với các triệu chứng dai dẳng, nhưng không có thiếu sót thần kinh hoặc lú lẫn tồn dư.
- Bệnh nhân nên tránh các tình huống hoặc sự kiện khởi phát.