

CHÓNG MẶT KỊCH PHÁT TƯ THỂ LÀNH TÍNH (BPPV)

Chirag N. Shah, MD • Kyung In Yoon, MD

TỔNG QUAN

MÔ TẢ

- Chóng mặt kịch phát tư thể lành tính (BPPV) là một rối loạn cơ học của tai trong, đặc trưng bởi một cơn chóng mặt ngắn xảy ra khi tư thế đầu của bệnh nhân thay đổi so với trọng lực.
- Chóng mặt xuất hiện do sự không tương xứng giữa cảm nhận về chuyển động của hệ thị giác, hệ tiền đình và cảm giác bản thể khi thực tế không có chuyển động nào xảy ra.
- Cơn chóng mặt ngắn này do sự kích thích bất thường của ≥ 1 trong 3 ống bán khuyên của tai trong gây ra, trong đó ống bán khuyên sau thường bị ảnh hưởng nhất.
- BPPV là nguyên nhân đơn lẻ thường gặp nhất gây chóng mặt.

DỊCH TỄ HỌC

- Tỷ lệ hiện mắc trong suốt đời là 2,4%, và tỷ lệ mắc mới trong 1 năm là 0,6%.
- Tuổi khởi phát thường gặp nhất là từ thập niên thứ 5 đến thứ 7 của cuộc đời.
- Tỷ lệ mắc mới tăng theo từng thập niên tuổi.
- Giới tính thường gặp: nữ nhiều hơn nam
- BPPV ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi và có liên quan đến giảm điểm số hoạt động sinh hoạt hằng ngày, té ngã, và trầm cảm.

Tỷ lệ mắc mới (Incidence)

Tỷ lệ mắc mới trong 1 năm: 0,6%

Tỷ lệ hiện mắc (Prevalence)

Tỷ lệ hiện mắc trong suốt đời: 2,4%

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Trong BPPV, các hạt calci (sỏi tai - otoconia) vốn bình thường nằm trên màng cảm giác của các đốm thính giác (macula) bị bong ra và lắng đọng vào trong ống bán khuyên, làm thay đổi động lực học của ống. Khi ống thay đổi hướng so với trọng lực, các hạt sỏi tai di chuyển đến phần thấp nhất của ống, gây ra sự dịch chuyển của nội dịch (endolymph), làm lệch đài ốc tai (cupula), và hoạt hóa sợi hướng tâm nguyên phát. Điều này dẫn đến sự xuất hiện của rung giật nhãn cầu (nystagmus) và cảm giác chóng mặt đi kèm.
- BPPV có thể là vô căn, sau chấn thương, hoặc liên quan đến viêm mê nhĩ do virus.

CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán được xác lập dựa trên bệnh sử và các dấu hiệu phát hiện qua nghiệm pháp tư thế, được Dix và Hallpike làm rõ vào năm 1952 (1),(2)[A].
- Các nghiệm pháp tư thế đặt mặt phẳng của ống bán khuyên đang được kiểm tra song song với phương trọng lực.

- Cách tiếp cận có hệ thống nhằm tránh chẩn đoán sai hoặc bỏ sót đột quy, đặc biệt là đột quy tuần hoàn sau (3)[C]

BỆNH SỬ

- Là dạng thường gặp nhất của hội chứng tiền đình từng cơn có yếu tố khởi phát. Thời gian ngắn, kém dung nạp với chuyển động đầu.
- Bệnh nhân thường đến khám với than phiền chính là chóng mặt, choáng váng, và/hoặc cảm giác "mất thăng bằng".
- Các cơn chóng mặt ngắn (cảm giác phòng quay) thường liên quan đến:
 - Trở mình trên giường
 - Ngồi dậy khỏi giường
 - Ngước nhìn lên (còn gọi là "hội chứng kệ trên cùng" - top-shelf syndrome)
 - Cúi người về phía trước
 - Cử động đầu nhanh
- Bệnh nhân thường than phiền buồn nôn, và nếu nặng có thể nôn.

KHÁM THỰC THỂ

- Nghiệm pháp Dix-Hallpike (DHT) được dùng để chẩn đoán BPPV (1)[A]. Nghiệm pháp này khởi phát rung giật nhãn cầu đặc trưng đi kèm với triệu chứng chóng mặt, với độ nhạy ước tính 79% (KTC 95% 65–94) và độ đặc hiệu 75% (KTC 95% 33–100) (2)[B].
 - Để thực hiện DHT: nhanh chóng đưa bệnh nhân từ tư thế ngồi sang nằm ngửa với đầu xoay 45 độ sang phải và giữ hơi thấp hơn mép bàn khám. Duy trì tư thế này trong 45–60 giây. Quan sát rung giật nhãn cầu và ghi nhận báo cáo chóng mặt của bệnh nhân. Rung giật nhãn cầu/chóng mặt có thể không xuất hiện ngay lập tức. Chờ đến khi triệu chứng hết rồi đưa bệnh nhân trở lại tư thế ngồi. Lặp lại ở bên trái. Duy trì tư thế trong 45–60 giây.
- Ghi nhận hướng của pha nhanh của rung giật nhãn cầu, cùng với thời gian tiềm (latency) trước khi khởi phát và thời gian tồn tại của rung giật nhãn cầu cho đến khi hết.
- BPPV phù hợp với thời gian tiềm <30 giây giữa lúc hạ đầu xuống và lúc rung giật nhãn cầu khởi phát; các cử động mắt đạt đỉnh rồi giảm dần và hết trong vòng 40 giây. Hướng của rung giật nhãn cầu đảo ngược khi đầu bệnh nhân được đưa trở lại tư thế thẳng đứng, trung tính. Việc lặp lại nghiệm pháp làm giảm dần triệu chứng chóng mặt và gây hiện tượng "mỏi" của rung giật nhãn cầu (nystagmus fatigue).
- DHT được theo sau bởi nghiệm pháp tái định vị sỏi tai (canalith repositioning movement - CRM) để điều trị; nhằm giảm việc sử dụng CT và thời gian nằm viện.
- Các đặc điểm sau giúp phân biệt nguyên nhân ngoại biên với nguyên nhân trung ương ở bệnh nhân chóng mặt:
 - Rung giật nhãn cầu có yếu tố khởi phát (so với tự phát hoặc do hướng nhìn)
 - Khởi phát đột ngột (so với đột ngột hoặc từ từ)
 - Mức độ nặng: cảm giác quay dữ dội (so với ít dữ dội hơn)
 - Kiểu diễn tiến: từng cơn kịch phát (so với liên tục)
 - Triệu chứng nặng hơn khi cử động (so với thay đổi không nhất quán)
 - Buồn nôn hoặc vã mồ hôi thường gặp (so với không nhất quán)
 - Rung giật nhãn cầu có kiểu xoay-dọc, cử động mắt ngang (so với theo chiều dọc)
 - Triệu chứng có tính "mỏi" giảm dần (so với kéo dài liên tục)
 - Có thể có nghe kém hoặc ù tai (so với thường không phải là triệu chứng đi kèm)

- Có thể thấy màng nhĩ bất thường (so với đây không phải là dấu hiệu đi kèm)
- Không có triệu chứng thần kinh trung ương đi kèm (so với thường có các dấu hiệu thần kinh trung ương)
- Các dấu hiệu cảnh báo (red flags) trong chóng mặt
 - Thiếu sót thần kinh khu trú, nghe kém cùng bên, dáng đi bất thường, rung giật nhãn cầu đổi hướng (rung giật nhãn cầu thay đổi hướng theo các tư thế đầu và thân khác nhau)
- Nghiệm pháp HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew) + không có nghe kém
 - Nghiệm pháp xung đầu (head impulse test) đánh giá chức năng phản xạ tiền đình–mắt
 - Bình thường, cử động mắt sẽ tự điều chỉnh khi đầu cử động nhanh để trung tâm thị giác vẫn giữ được mục tiêu quan sát. Phản xạ này bị mất trong các nguyên nhân chóng mặt ngoại biên.
 - Yêu cầu bệnh nhân nhìn cố định vào mũi người khám và xoay đầu theo mặt phẳng ngang sang trái rồi sang phải.
 - Khi đầu xoay về phía bên lành, phản xạ tiền đình–mắt còn nguyên vẹn và mắt vẫn cố định vào mũi người khám.
 - Khi đầu xoay về phía bên bệnh, phản xạ tiền đình–mắt bị mất và mắt phải thực hiện động tác giật điều chỉnh (saccade) để nhìn lại mũi người khám.
 - Việc phản xạ bất thường (do rối loạn chức năng dây thần kinh ngoại biên) lại là một dấu hiệu "yên tâm" (gợi ý nguyên nhân lành tính).
 - Rung giật nhãn cầu một hướng do hướng nhìn gây ra
 - Nghiệm pháp lệch trục (skew deviation) "nhìn lệch trục theo chiều dọc"
 - Lệch trục là một yếu tố dự báo khá đặc hiệu cho tổn thương trung ương ở bệnh nhân có hội chứng tiền đình cấp.
 - Sự hiện diện của lệch trục có thể giúp phát hiện đột quy khi nghiệm pháp xung đầu dương tính giả gợi ý nguyên nhân ngoại biên.
 - Yêu cầu bệnh nhân nhìn vào mũi người khám, bắt đầu che một mắt rồi nhanh chóng chuyển sang che mắt còn lại; thực hiện qua lại nhanh.
 - Khi mở mỗi mắt ra, nhanh chóng quan sát xem mắt có cử động hoặc điều chỉnh lại vị trí nhìn hay không. Di chuyển theo chiều ngang là bình thường; theo chiều dọc là bất thường.
 - Trong bối cảnh choáng váng và chóng mặt, HINTS vượt trội hơn đáng kể so với thang điểm ABCD2 trong chẩn đoán đột quy, và vượt trội hơn cả MRI thực hiện trong 2 ngày đầu sau khi khởi phát triệu chứng (4)[B].
 - Việc sử dụng HINTS tại khoa cấp cứu còn hạn chế, chủ yếu nhằm loại trừ đột quy ở những bệnh nhân có hội chứng tiền đình cấp (5).

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hạ huyết áp tư thế đứng và các rối loạn khác gây tụt huyết áp; triệu chứng thường xảy ra khi bệnh nhân đứng dậy.
- Tổn thương thân não hoặc tiểu não có thể gây chóng mặt tư thế nhưng thường kèm theo các dấu hiệu thần kinh khác và thường có kiểu rung giật nhãn cầu khác.
- Áp lực dịch não tủy thấp có thể gây triệu chứng theo tư thế, cải thiện khi bệnh nhân nằm xuống.
- Chóng mặt liên quan đến migraine
- Chấn thương sọ não
- U não, xuất huyết hoặc nhồi máu não
- Viêm dây thần kinh tiền đình

XÉT NGHIỆM & CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Cách tiếp cận có hệ thống: phân loại (triage), TiTrATE, sau đó điều trị

- Cách tiếp cận TiTrATE: Thời gian (Timing), Yếu tố khởi phát (Triggers), và Khám mục tiêu (Targeted examinations) (3)[C]
 - Thời gian: phân loại quá trình bệnh thành từng cơn hay liên tục.
 - Yếu tố khởi phát: tìm nguyên nhân nền bằng cách xem xét các phát hiện khi khám (ví dụ: nghiệm pháp Dix-Hallpike).
 - Khám mục tiêu và các xét nghiệm hỗ trợ được thực hiện dựa trên các phát hiện trên.
- Kết hợp tất cả các thông tin này cho phép người bác sĩ lâm sàng đánh giá thêm bằng CT hoặc MRI.

ĐIỀU TRỊ

- Nghiệm pháp CRP (Canalith Repositioning Procedure) hay nghiệm pháp Epley có hiệu quả trong điều trị BPPV ống bán khuyên sau (6)[A]. Sử dụng nghiệm pháp tái định vị hạt sỏi tại, người bác sĩ lâm sàng đưa bệnh nhân qua một loạt các tư thế. Trong các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, tỷ lệ thành công ngắn hạn trung bình của CRP sau một lần điều trị là $80\% \pm 9\%$ (6)[A].
- Người bác sĩ lâm sàng đưa bệnh nhân qua một loạt bốn tư thế khởi kích:
 - Đặt ống bán khuyên sau bên phải (ống bị ảnh hưởng) vào tư thế đầu treo bên phải của DHT
 - Sau đó xoay đầu tổng cộng 90 độ về phía trái (bên không bị ảnh hưởng) đến vị trí đầu xoay 45 độ sang trái.
 - Trong khi vẫn giữ đầu xoay 45 độ sang trái, cho bệnh nhân lăn sang bên trái (bên không bị ảnh hưởng) với đầu hơi nâng cao khỏi mặt phẳng nâng đỡ.
 - Sau đó bệnh nhân ngồi dậy và gập cổ 36 độ. Mỗi tư thế được duy trì tối thiểu 45 giây hoặc cho đến khi hết rung giật nhãn cầu. Quy trình được lặp lại 3 lần.
- CRP là nghiệm pháp tốt nhất cho BPPV ống bán khuyên sau và nên được áp dụng cho mọi nhóm tuổi (3)[A].
- Nghiệm pháp Semont cũng là một lựa chọn khác, nhưng kém hiệu quả hơn khi thực hiện đơn lẻ (3)[A].
- Nghiệm pháp lăn Lempert (Lempert roll maneuver) (3)[C]
- Chống chỉ định gồm hẹp động mạch cảnh, bệnh tim không ổn định, và bệnh lý cổ nặng. Nếu CRP không hiệu quả, có thể thực hiện CRP tự thực hiện tại nhà (1)[A]. Bệnh nhân thực hiện CRP trên giường với đầu ngửa ra ngoài mép gối. Kết quả tốt hơn khi kết hợp CRP tại phòng khám với CRP tự thực hiện tại nhà.
- CRP và Semont không hiệu quả với BPPV ống bán khuyên ngang; các biến thể của nghiệm pháp Lempert, nghiệm pháp "lăn quay thịt nướng" (barbecue roll), hoặc nghiệm pháp Gufoni là các phương pháp điều trị được sử dụng rộng rãi cho BPPV ống bán khuyên ngang.
- Trước đây việc hạn chế hoạt động sau nghiệm pháp từng được khuyến cáo, nhưng trong các thử nghiệm có đối chứng, điều này không tạo ra khác biệt về kết quả lâm sàng (1)[A], (3)[A].

THUỐC ĐIỀU TRỊ

- Các thuốc ức chế tiền đình không được khuyến cáo để điều trị BPPV, ngoại trừ để kiểm soát ngắn hạn các triệu chứng thực vật (buồn nôn, nôn...) (2)[A].
- Thuốc chống nôn như ondansetron (Zofran) có thể được cân nhắc để dự phòng ở những bệnh nhân từng có buồn nôn hoặc nôn nặng khi thực hiện DHT.

- Nên tránh các thuốc ức chế tiền đình như benzodiazepine và các thuốc kháng histamin kháng cholinergic như meclizine vì chúng có thể ức chế rung giật nhãn cầu trong quá trình thực hiện DHT và điều trị.

CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN / HỘI CHẨN

Cần nhắc chuyển đến bác sĩ chuyên khoa nếu BPPV không đáp ứng với điều trị hoặc nếu bệnh nhân được chẩn đoán BPPV không điển hình liên quan đến ống bán khuyên trước hoặc ống bán khuyên ngang. Cần nhắc chuyển đến chuyên viên vật lý trị liệu, bác sĩ thần kinh, hoặc bác sĩ tai mũi họng.

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Các bài tập Brandt-Daroff và bài tập làm quen (habituation) kém hiệu quả hơn so với CRP tự thực hiện tại nhà. Sau 1 tuần, tỷ lệ thành công trung bình của bài tập Brandt-Daroff là 23–24% so với 90% của CRP tự thực hiện tại nhà (1)[A].
- Can thiệp phẫu thuật hiếm khi được chỉ định, ngoại trừ BPPV kháng trị, bao gồm bít ống bán khuyên sau và cắt dây thần kinh đơn độc (singular neurectomy).

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN CÁO TÁI KHÁM

Bệnh nhân nên tái khám trong vòng một tuần sau điều trị để đảm bảo triệu chứng đã hết.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Có nhiều video minh họa trên YouTube để giáo dục bệnh nhân và hướng dẫn tự thực hiện CRP.

TIỀN LƯỢNG

Tỷ lệ khỏi bệnh là 80% với các nghiệm pháp CRP, với tỷ lệ tái phát 30% trong vòng 1 năm, và 44% tái phát BPPV trong vòng 2 năm

BIẾN CHỨNG

Trong quá trình thực hiện nghiệm pháp, có thể xảy ra hiện tượng "chuyển đổi ống" (canal conversion). Các mảnh vụn từ ống đang được điều trị có thể trào ngược sang một ống khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Devaiah AK, Andreoli S. Postmaneuver restrictions in benign paroxysmal positional vertigo: an individual patient data meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;142(2):155–159.
2. Halker RB, Barrs DM, Wellik KE, et al. Establishing a diagnosis of benign paroxysmal positional vertigo through the Dix-Hallpike and side-lying maneuvers: a critically appraised topic. *Neurologist.* 2008;14(3):201–204.
3. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156(3 Suppl):S1–S47.
4. Newman-Toker DE, Kerber KA, Hsieh YH, et al. HINTS outperforms ABCD2 to screen for stroke in acute continuous vertigo and dizziness. *Acad Emerg Med.* 2013;20(10):986–996.

5. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, et al. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke*. 2009;40(11):3504–3510.
6. Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12):CD003162.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992;107(3):399–404.

MÃ ICD

ICD10

- H81.10 Chóng mặt kịch phát lành tính, không xác định tai bị ảnh hưởng
- H81.12 Chóng mặt kịch phát lành tính, tai trái
- H81.11 Chóng mặt kịch phát lành tính, tai phải

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Chẩn đoán BPPV dựa trên bệnh sử và các dấu hiệu phát hiện qua nghiệm pháp tư thế.
- Biểu hiện điển hình là các cơn chóng mặt thoáng qua (cảm giác phòng quay) liên quan đến sự thay đổi tư thế đầu so với trọng lực.
- BPPV có thể được điều trị hiệu quả bằng các nghiệm pháp tái định vị hạt sỏi tai, thực hiện tại phòng khám và tại nhà.
- Các thuốc ức chế tiền đình và thuốc chống nôn không được khuyến cáo để điều trị BPPV, ngoại trừ để kiểm soát triệu chứng trong ngắn hạn.
- Bệnh nhân luôn cần được cho đi lại để xác nhận đáng đi bình thường trước khi xuất viện.