

Chóng mặt và chóng mặt

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

VERTIGO

- TRUNG GIAN - sa đột sống, đau nửa đầu liên tục (9%), đa xơ cứng, khối u góc tiểu não, xuất huyết tiểu não, trộm dưới da
- LIÊN TỤC — chóng mặt tư thế lành tính (30%), viêm mê cung cấp tính / viêm dây thần kinh tiền đình (3%), bệnh bóng nước ngoại vi tái phát cấp tính, bệnh Ménière (6%), cholesteatoma, thuốc (aminoglycoside, phenytoin), u dây thần kinh âm thanh, mụn rộp zoster oticus, lặn biển sâu

SYNCOPE / PRE-SYNCOPE / ORTHOSTATIC HYPOTENSION — xem SYNCOPE (tr. 52)

CÂN BẰNG — dáng đi co cứng (nhồi máu), dáng đi bất thường (não úng thủy áp lực bình thường, sa sút trí tuệ thùy trán, Alzheimer), dáng đi mất điều hòa (rối loạn tiểu não), dáng đi lão đảo (bệnh Parkinson), dáng đi mất điều hòa cảm giác (giảm khả năng nhận thức), dáng đi Trendelenburg (gần yếu cơ), dáng đi bước (suy giảm khả năng vận động)

VAGUE DIZZINESS / LIGHT-HEADEDNESS—

con hoảng sợ, giảm thông khí, chóng mặt đa giác quan

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

LỊCH SỬ — phân biệt giữa chóng mặt (ảo giác về chuyển động), choáng váng, tiền mê và mất thăng bằng. Đặc trưng thời gian của mỗi giai đoạn và tần số (quan trọng nhất), hướng quay, chất kết tủa, tình trạng trầm trọng (đứng hoặc các vị trí

khác), giảm nhẹ, bất kỳ triệu chứng thần kinh liên quan nào (đặc biệt là thay đổi thính giác, thị giác

thay đổi, thay đổi cảm giác trên khuôn mặt, các triệu chứng sung phù, đau đầu), N&V, té ngã, tiền sử bệnh trong quá khứ (đột quỵ, bệnh ác tính), thuốc (aminoglycoside) VẬT LÝ — thủy tinh thể tư thế. Toàn bộ kiểm tra thần kinh, đặc biệt tập trung vào rung giật nhãn cầu, thính giác, rối loạn đối xứng và dáng đi. Kiểm tra BPPV bằng thao tác Dix-Hallpike (dự đoán khả năng đáp ứng với điều chỉnh lại ống tủy). GỢI Ý (Xung động đầu, Rung giật nhãn cầu, Kiểm tra độ nghiêng) trong đó bất kỳ một trong 3 xét nghiệm (kiểm tra xung đầu ngang bình thường, rung giật nhãn cầu thay đổi hướng hoặc lệch xiên) gợi ý căn nguyên trung tâm chứ không phải ngoại vi (100% cảm giác, 96% thông số)

CÁCH TIẾP CẬN— “Ở những bệnh nhân nghi ngờ bị chóng mặt, hãy hỏi xem họ có bị chóng mặt khi thay đổi tư thế cơ thể (lăn trên giường, nhìn lên trần nhà hoặc cúi xuống buộc dây giày) và thực hiện động tác xoay đầu để kiểm tra đối với rung giật nhãn cầu tư thế. Kết hợp với các dữ liệu khác (bao gồm cả một cuộc kiểm tra thần kinh ngắn gọn) tại một khoa cấp cứu, sự hiện diện của rung giật nhãn cầu vị trí có thể hữu ích trong việc xác định các nguyên nhân nghiêm trọng của chóng mặt. ”

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiềm, Cr, glucose, TSH
- HÌNH ẢNH — đầu CT, đầu MRI

ĐẶC BIỆT

- ĐỊA LÝ ĐIỆN TỬ VỚI KIỂM TRA CALORIC
- CÔNG TÁC ĐỒNG BỘ — ECG, 24 giờ Holter

ÂM THANH

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN

MRI HEAD — được sử dụng để loại trừ u thần kinh âm thanh, khối u hố sau, đột quỵ hoặc bệnh khử men. Các chỉ định bao gồm mất thính giác thần kinh giác quan không rõ nguyên nhân với các đặc điểm hồi âm, đột ngột và không rõ nguyên nhân mất hoàn toàn tiền đình một bên, hoặc các dấu hiệu hoặc triệu chứng thần não khác

SỰ QUẢN LÝ

KIỂM SOÁT TRIỆU CHỨNG — benzodiazepine (diazepam 2–10 mg IV), thuốc kháng histamine (meclizine 25 mg PO q8–12 giờ, dimenhydrinate 25–50 mg PO mỗi 4 giờ, diphenhydramine 25–50 mg PO mỗi 4 giờ), thuốc chống nôn (ondansetron 4–8mg PO / IV q8 giờ, prochlorperazine 5–10mg PO / IV q8h, promethazine 25 mg PO Q4–6 giờ), histamine antagonist (betahistine 8–16 mg PO TID cho bệnh Ménière)

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

BỆNH CHÓNG MẶT TƯ THẾ KÍCH PHÁT LOẠI NHẹ

- SINH LÝ HỌC - mảnh vụn canxi trong các kênh hình bán nguyệt (nhiễm trùng ống tủy)
- ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG — chóng mặt (thường <1 phút / cơn, nhiều cơn mỗi ngày) thường xuất hiện do thay đổi vị trí, rung giật nhãn cầu, và đôi khi N&V. Không bị mất thính giác hoặc suy giảm tiêu điểm
- CHẨN ĐOÁN — Động tác Dix-Hallpike (người khám đứng ở đầu giường; bệnh nhân được nâng lên và nhanh chóng hạ xuống tư thế nằm ngửa với đầu thấp hơn

mức bàn khám $\sim 30^\circ$ và xoay $\sim 30^\circ$ sang một bên; giám định viên quan sát xem có cảm ứng rung giật nhãn cầu, các triệu chứng tái tạo; lặp lại khi xoay theo hướng ngược lại)

- ĐIỀU TRỊ — có thể cải thiện khi điều trị bằng các thao tác tái định vị (ví dụ: thao tác Epley). Thường tự giới hạn và tự giải quyết trong nhiều tháng

MIGRAINOUS VERTIGO

- CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG — chóng mặt (thường là vài phút đến vài giờ, không thường xuyên), sợ ánh sáng, sợ âm thanh, đau đầu

BRAIN-STEM / LABYRINTH TIA

- PATHOPHYSIOLOGY — phenom mạch / huyết khối- enon
- CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG — chóng mặt (vài phút đến vài giờ, không thường xuyên), thường là các dấu hiệu thần kinh khác như mất cảm giác mặt, nhìn đôi, rối loạn cảm giác, khó nuốt, suy nhược hoặc tê

CHẨN ĐOÁN — Đầu chụp CT, đầu chụp MRI

BỆNH CỦA MÉNIÈRE

- PATHOPHYSIOLOGY — endolymphatic hydrops $\rightarrow$ sự căng thẳng của hệ thống mê cung, kết hợp các không gian perilymphatic
- CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG — chóng mặt (thường là hàng giờ, không thường xuyên), N&V, mất thính giác thần kinh giác quan, ù tai và đầy tai
- CHẨN ĐOÁN — 2 đợt chóng mặt tự phát (mỗi đợt > 20 phút), đo thính lực xác nhận mất thính giác thần kinh giác quan, ù tai / căng tràn tai
- ĐIỀU TRỊ - chế độ ăn uống và lối sống (ít muối, hạn chế rượu và caffein), betahistine, thuốc lợi tiểu, steroid, sử dụng máy trợ thính, tiêm genta-micin trong ốc tai ion, cắt bỏ mê cung

ACUTE LABYRINTHITIS / VESTIBULAR NEURONITIS

- TÂM LÝ HỌC — viêm mê cung / viêm thần kinh tiền đình thứ phát sau nhiễm vi-rút

- ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG — chóng mặt (thường là vài ngày, đột ngột) có thể xuất hiện do thay đổi vị trí (viêm mê cung) hoặc tự phát (viêm dây thần kinh có mụn nước), N&V nặng