

CHÓNG MẶT (VERTIGO)

James J. Arnold, DO, FACOFP

TỔNG QUAN

MÔ TẢ

- Là một triệu chứng, không phải một bệnh lý cụ thể. Nguyên nhân có thể ở ngoại biên hoặc trung ương, có thể lành tính hoặc đe dọa tính mạng.
- Có thể được mô tả là cảm giác chuyển động ("phòng quay") trong khi thực tế không có chuyển động nào xảy ra
- Hệ cơ quan bị ảnh hưởng: hệ thần kinh, hệ tim mạch, tâm thần
- Tên gọi khác: choáng váng (dizziness)

DỊCH TỄ HỌC

Tỷ lệ mắc mới (Incidence)

- Chóng mặt/choáng váng chiếm hơn 4 triệu lượt khám cấp cứu mỗi năm tại Hoa Kỳ, trong đó 80–85% không có bệnh lý nền nghiêm trọng (1).
- Giới tính thường gặp: nữ = nam; tuy nhiên phụ nữ có khả năng bị chóng mặt liên quan migraine cao gấp 3 lần (2).

Lưu ý ở người cao tuổi

- Cần duy trì mức độ nghi ngờ cao hơn đối với bệnh tim mạch, rối loạn nhịp tim, và hạ huyết áp tư thế đứng.
- Chóng mặt kịch phát tư thế lành tính (BPPV) thường gặp hơn ở độ tuổi 50–70 (2), là một yếu tố nguy cơ quan trọng gây té ngã nhưng thường không được chẩn đoán.
- Thuốc là nguyên nhân trong gần 1/4 số trường hợp (2).

Tỷ lệ hiện mắc (Prevalence)

- Dao động từ 5% đến 10% trong dân số chung
- Tỷ lệ hiện mắc trong suốt đời đối với BPPV là 2,4%.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Rối loạn chức năng của các thụ thể cảm nhận vận tốc xoay ở tai trong dẫn đến xử lý thông tin không đối xứng ở trung ương; là sự kết hợp giữa rối loạn cảm giác về chuyển động và rối loạn chức năng của bộ máy tiền đình trung ương
- Nguyên nhân ngoại biên: viêm dây thần kinh tiền đình cấp, BPPV (ống bán khuyên sau 85–95%, ống bán khuyên ngang 5–15%), bệnh Ménière, xơ cứng tai (otosclerosis), viêm mê nhĩ cấp, cholesteatoma, rò ngoại dịch (perilymphatic fistula), hội chứng nứt ống bán khuyên trên (superior canal dehiscence syndrome), say tàu xe (2). BPPV, viêm dây thần kinh tiền đình, và bệnh Ménière chiếm phần lớn các nguyên nhân ngoại biên (2).
- Nguyên nhân trung ương: u tiểu não, đột quỵ, migraine, thiếu máu cục bộ tiền đình (1),(2)

- Nguyên nhân do thuốc: thuốc hướng tâm thần, thuốc chống động kinh, aspirin, aminoglycoside, furosemide (thuốc lợi tiểu), amiodarone, thuốc chẹn α -/ β , nitrat, thuốc tiết niệu, thuốc giãn cơ, thuốc ức chế phosphodiesterase (sildenafil), insulin quá liều, ethanol, quinine, cocaine
- Nguyên nhân khác: hạ huyết áp tư thế, rối loạn nhịp tim, nguyên nhân tâm lý

Di truyền

Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch/migraine có thể gợi ý nguy cơ cao hơn của các nguyên nhân trung ương.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tiền sử migraine
- Tiền sử bệnh tim mạch/các yếu tố nguy cơ tim mạch
- Sử dụng thuốc gây độc cho tai
- Chấn thương/chấn thương do áp lực (barotrauma)
- Rò ngoại dịch
- Mang vác nặng
- Căng thẳng tâm lý xã hội/trầm cảm
- Tiếp xúc với độc chất

PHÒNG NGỪA CHUNG

Nếu do say tàu xe, cân nhắc dùng thuốc kháng cholinergic trước, chẳng hạn scopolamine.

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Không nên dựa vào tính chất của triệu chứng — thường không đáng tin cậy. Nên tập trung vào thời gian diễn tiến và yếu tố khởi phát (2).
 - TiTrATE là công cụ đánh giá hữu ích trên lâm sàng: Thời gian (Timing), Yếu tố khởi phát (Triggers), Và (And) Khám mục tiêu (Targeted Evaluation) (1),(2).
 - Thời gian: từng cơn hoặc liên tục. Từng cơn có thể kéo dài từ vài giây đến vài ngày. Liên tục kéo dài từ vài ngày đến vài tuần.
 - Nếu liên tục, đánh giá tìm chấn thương hoặc độc chất (bao gồm cả thuốc được kê đơn và chất gây nghiện).
 - Để đánh giá thêm chóng mặt liên tục, tự phát, thực hiện khám HINTS (1),(2),(3) (xem "Khám thực thể").
 - Nếu từng cơn, đánh giá tìm yếu tố khởi phát.
 - Yếu tố khởi phát: có hoặc không
 - Nếu có yếu tố khởi phát, thực hiện nghiệm pháp Dix-Hallpike (xem "Khám thực thể").
 - Không nên nhầm lẫn giữa việc triệu chứng nặng hơn khi cử động với việc triệu chứng có yếu tố khởi phát. Nhiều trường hợp chóng mặt trung ương cũng nặng hơn khi cử động (1),(2).
 - Nếu không có yếu tố khởi phát, đánh giá tìm nghe kém, migraine, hoặc triệu chứng tâm thần. Nguyên nhân tim mạch cũng có thể thuộc nhóm này.
 - Và Khám mục tiêu: Xem "Khám thực thể" để biết thêm chi tiết.
- Các đặc điểm bệnh sử cụ thể gợi ý chẩn đoán:

- Nghe kém một bên gợi ý bệnh Ménière (2). Cần đánh giá thêm để xác định là điếc tiếp nhận hay điếc dẫn truyền, vì loại sau gợi ý xơ cứng tai.
- Triệu chứng khởi phát do thay đổi đột ngột tư thế đầu gợi ý BPPV.
- Triệu chứng khởi phát khi chuyển từ tư thế ngồi sang đứng gợi ý hạ huyết áp tư thế đứng.
- Tiền sử migraine gợi ý chóng mặt liên quan migraine tiền đình. Cần phân biệt với đau đầu không do migraine, vì loại này cũng có thể xuất hiện trong u hệ thần kinh trung ương.
- Tâm trạng trầm buồn/lo âu kèm chóng mặt từng cơn mà sau đó trở thành liên tục gợi ý nguyên nhân tâm thần.
- Tiền sử có triệu chứng cảm giác hoặc vận động một bên gợi ý nguyên nhân trung ương như thiếu máu não thoáng qua (TIA) hoặc đột quỵ (CVA), cho đến khi được loại trừ.
- Khởi phát sau giảm áp (lặn, bay) gợi ý bệnh giảm áp hoặc chấn thương do áp lực, và cần được đánh giá cấp cứu.

KHÁM THỰC THỂ

- Tim mạch: đánh giá huyết áp tư thế đứng ở bệnh nhân có triệu chứng từng cơn (1),(2)
- Tai-Mũi-Họng: có thể phát hiện chấn thương do áp lực, xơ cứng tai, cholesteatoma. Đồng thời kiểm tra nghiệm pháp Rinne và Weber nếu có nghe kém.
- Thần kinh: Đánh giá rung giật nhãn cầu ở tất cả bệnh nhân (2).
 - Rung giật nhãn cầu theo chiều dọc hầu như luôn có nguồn gốc trung ương.
 - Rung giật nhãn cầu có nguồn gốc ngoại biên có thể theo chiều ngang hoặc chiều xoay.
- Nghiệm pháp Dix-Hallpike: dành cho chóng mặt từng cơn, có yếu tố khởi phát (2),(4): 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. 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. Chờ đến khi triệu chứng hết rồi đưa bệnh nhân trở lại tư thế ngồi. Lặp lại ở bên trái.
 - Sự hiện diện của rung giật nhãn cầu ngang có tính "mỏi" giảm dần là kết quả dương tính cho BPPV. Tuy nhiên, nếu rung giật nhãn cầu được khởi phát không giảm dần, cần cân nhắc nguyên nhân trung ương và thực hiện khám HINTS.
 - Rung giật nhãn cầu theo chiều dọc luôn gợi ý nguyên nhân trung ương, kể cả khi được khởi phát bởi nghiệm pháp Dix-Hallpike.
 - Trong chăm sóc ban đầu, giá trị tiên đoán dương (PPV) cho BPPV là 83% và giá trị tiên đoán âm (NPV) là 52%
 - Nếu Dix-Hallpike âm tính, kiểm tra BPPV ống bán khuyên ngang bằng nghiệm pháp lặn khúc gỗ (log roll test) (4).
 - Nếu thời gian và yếu tố khởi phát của triệu chứng không phù hợp với BPPV, không nên thực hiện Dix-Hallpike để tránh bỏ sót nguyên nhân trung ương.
- Khám HINTS: Thực hiện cho chóng mặt liên tục, tự phát kèm rung giật nhãn cầu tự phát (1),(2),(3).
 - Nghiệm pháp xung đầu theo chiều ngang (Horizontal Head Impulse): Nhanh chóng và lặp lại đưa đầu bệnh nhân về vị trí giữa từ góc 20 độ. Bệnh nhân bị viêm dây thần kinh tiền đình sẽ có động tác giật nhanh (saccade) để lấy lại tiêu điểm nhìn. Nếu chức năng thần kinh ngoại biên bình thường, mắt vẫn giữ được tiêu điểm, gợi ý cần nghĩ đến nguyên nhân trung ương.
 - Rung giật nhãn cầu đổi hướng: Sau khi đã đánh giá sự hiện diện và hướng của rung giật nhãn cầu, tiếp tục kiểm tra xem hướng có thay đổi hay không. Rung giật nhãn cầu đổi hướng theo hướng nhìn của mắt gợi ý tổn thương trung ương.

- Nghiệm pháp lệch trục (Test of Skew): Cử động mắt theo chiều dọc trong nghiệm pháp che-mở mắt gợi ý tổn thương trung ương. Nghiệm pháp bình thường sẽ không có cử động mắt.
- Sự kết hợp các dấu hiệu này có độ nhạy 96,8% và độ đặc hiệu 98,5% đối với đột quy/nguyên nhân trung ương khác (HINTS dương tính) (3)[C].
- Nếu bệnh nhân đủ tiêu chuẩn thực hiện khám HINTS, không nên thực hiện Dix-Hallpike.
- Thực hiện khám thần kinh toàn diện nếu chẩn đoán chưa rõ ràng, chú ý đến cảm giác, dáng đi, và nghiệm pháp Romberg.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Các nguyên nhân (1),(2):

- BPPV (từng cơn, có yếu tố khởi phát, Dix-Hallpike dương tính)
- Hạ huyết áp tư thế đứng (từng cơn, có yếu tố khởi phát, huyết áp tư thế đứng giảm dương tính)
- Bệnh Ménière (từng cơn, tự phát, kèm nghe kém tiếp nhận một bên)
- Xơ cứng tai (tự phát, thời gian thay đổi, nghe kém dẫn truyền một bên)
- Migraine tiền đình (từng cơn, kèm đau đầu kiểu migraine)
- Bệnh tim mạch (liên tục, tự phát; khám HINTS cho thấy nghiệm pháp xung đầu ngang bình thường, rung giật nhãn cầu đổi hướng, hoặc lệch trục dọc khi che-mở mắt)
- U hố sau (liên tục, tự phát)
- Nguyên nhân tâm thần (kèm triệu chứng tâm thần)
- Thuốc/độc chất (liên tục, có tiền sử dùng thuốc/chất, các đánh giá khác âm tính)
- Nguyên nhân tim mạch khác như rối loạn nhịp tim (từng cơn, thường không có yếu tố khởi phát hoặc khởi phát khi gắng sức)
- Hạ đường huyết (từng cơn, kèm tiền sử dùng thuốc hoặc bệnh đi kèm)
- Rò ngoại dịch, nứt ống bán khuyên (chấn thương, kể cả nghi ngờ chấn thương do áp lực qua bệnh sử)
- Bệnh giảm áp (cấp tính, mới lặn hoặc bay gần đây)
- Bệnh thần kinh thoái hóa (thường tiến triển theo bệnh sử, kèm các dấu hiệu thần kinh)
- Bệnh thần kinh ngoại biên

XÉT NGHIỆM & CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh)

- Xét nghiệm máu không cần thực hiện thường quy trừ khi khám thần kinh bất thường, và chỉ xác định được nguyên nhân ở <1% bệnh nhân (2)[C]
- Chụp MRI khẩn cấp nếu nghi ngờ nguyên nhân trung ương để loại trừ đột quy. CT không đủ tin cậy để quan sát hố sau và sẽ không cho thấy thay đổi ở giai đoạn sớm của nhồi máu não. Chóng mặt có thể là triệu chứng duy nhất của đột quy cấp (3)[C].
- Chuyển khám tai mũi họng/thính học nếu nghi ngờ bệnh Ménière để đo điện rung giật nhãn cầu (electronystagmography) (2)[C]
- Nếu nghi ngờ u thần kinh thính giác, chụp CT hoặc MRI để đánh giá ống tai trong (2)[C]

Các thủ thuật chẩn đoán khác

Đo thính lực nếu nghi ngờ u thần kinh thính giác hoặc bệnh Ménière

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

Điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân.

- Nếu nghi ngờ do thuốc: Ngừng thuốc và đánh giá lại (2).
- BPPV: Nghiệm pháp Epley và nghiệm pháp Epley cải tiến (2)[A] (Nghiệm pháp Epley – YouTube) (5)[B]
- Viêm dây thần kinh tiền đình và viêm mê nhĩ
 - Thuốc ức chế tiền đình (2)[C]
 - Các bài tập phục hồi chức năng tiền đình (2)[B]
 - Không có bằng chứng ủng hộ việc sử dụng corticosteroid giúp cải thiện triệu chứng (6)[B]
- Bệnh Ménière (xem chủ đề riêng) (2)[B]:
 - Chế độ ăn ít muối (<1–2 g/ngày)
 - Thuốc lợi tiểu như hydrochlorothiazide
- Rò ngoại dịch, nứt ống bán khuyên — hội chứng tai mũi họng (2).
- Thiếu máu cục bộ mạch máu: phòng ngừa các biến cố trong tương lai bằng cách kiểm soát huyết áp, hạ lipid máu, ngừng hút thuốc, dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, và thuốc chống đông nếu cần thiết (2),(3)[C]; chụp MRI hoặc CT nếu nghi ngờ
- Migraine tiền đình: điều chỉnh chế độ ăn và lối sống, phục hồi chức năng tiền đình, thuốc dự phòng và thuốc cắt cơn (2)[C]
- Nguyên nhân tâm lý: thuốc ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc (SSRI) tốt hơn benzodiazepine trong điều trị chóng mặt liên quan lo âu. Nên tăng liều từ từ để tránh làm nặng thêm triệu chứng (7)[B].

THUỐC ĐIỀU TRỊ

Tránh sử dụng thuốc trong các trường hợp nhẹ. Chỉ dùng trong vài ngày vì sử dụng kéo dài có thể cản trở quá trình thích nghi/bù trừ của não bộ (2); thuốc không được khuyến cáo cho BPPV (4)[C]

- Meclizine: 12,5–50,0 mg đường uống mỗi 4–8 giờ (2)
- Dimenhydrinate: 50 mg đường uống mỗi 6 giờ (2)
 - Thận trọng: phì đại tuyến tiền liệt, tăng nhãn áp (glaucoma)
 - Tác dụng phụ: an thần, khô miệng
- Prochlorperazine: 5–10 mg đường uống hoặc tiêm bắp mỗi 6–8 giờ; 25 mg đặt trực tràng mỗi 12 giờ; 5–10 mg tiêm tĩnh mạch chậm trong 2 phút (2)
 - Chống chỉ định: rối loạn huyết học, trẻ <2 tuổi, hạ huyết áp
 - Thận trọng: trẻ em bệnh nặng cấp tính, tăng nhãn áp, tiền sử ung thư vú, suy chức năng tim, phì đại tuyến tiền liệt
 - Tác dụng phụ: an thần, tác dụng ngoại tháp
- Metoclopramide: 5–10 mg đường uống mỗi 6 giờ, 5–10 mg tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 6 giờ (2)
 - Chống chỉ định: dùng đồng thời với các thuốc có tác dụng ngoại tháp, rối loạn co giật
 - Thận trọng: tiền sử trầm cảm, bệnh Parkinson, tăng huyết áp
 - Tác dụng phụ: an thần, giữ nước, táo bón
- Nguyên nhân tâm thần
 - Ưu tiên dùng SSRI cho chóng mặt tái diễn liên quan trầm cảm/lo âu (6)[B]

- Lorazepam (Ativan) 0,5–2,0 mg đường uống, tiêm bắp, hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 4–8 giờ để giảm nhanh chóng mặt liên quan lo âu mức độ nặng hơn
- Diazepam (Valium) 2–10 mg đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 4–8 giờ để giảm nhanh triệu chứng mức độ nặng hơn

Lưu ý ở người cao tuổi

Sử dụng thận trọng các thuốc ức chế tiền đình do tăng nguy cơ té ngã và bí tiểu.

Lưu ý khi mang thai

Meclizine và dimenhydrinate thuộc nhóm thuốc mang thai loại B (Category B).

CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN / HỘI CHẨN

Cân nhắc chuyển đến bác sĩ tai mũi họng, chuyên gia tai mũi họng, chuyên viên phục hồi chức năng tiền đình, hoặc bác sĩ thần kinh nếu bệnh nhân cần chăm sóc thêm.

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Nghiệm pháp Epley/nghiệm pháp Epley cải tiến cho BPPV nhằm di chuyển các hạt lắng đọng calci trong ống bán khuyên (4)[A]
 - Hiệu quả trong việc cải thiện triệu chứng ngắn hạn và chuyển đổi bệnh nhân từ Dix-Hallpike dương tính sang âm tính. Một số nghiên cứu gợi ý hiệu quả giảm triệu chứng lâu dài (4)[C].
- BPPV ống bán khuyên ngang có thể đáp ứng với nghiệm pháp lăn "quay thịt nướng" (barbecue roll maneuver) (4)[C].
- Các bài tập phục hồi chức năng tiền đình: ném bóng, chuyển từ nằm sang đứng, thay đổi mục tiêu nhìn, theo dõi ngón tay cái, đi trên đường thẳng, xoay người khi đi bộ (7)[B]

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN CÁO TÁI KHÁM

Nên tuân thủ các bài tập giữ thăng bằng để giảm triệu chứng và trở lại các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) bình thường.

Theo dõi bệnh nhân

Sau 1–2 tuần, đánh giá các vấn đề sau:

- Tái phát hoặc xuất hiện triệu chứng mới
- Tác dụng phụ liên quan đến thuốc

CHẾ ĐỘ ĂN

- Hạn chế lượng muối ăn vào đối với bệnh Ménière
- Điều chỉnh chế độ ăn đối với migraine tiền đình

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Tránh các yếu tố khởi phát như caffeine/rượu (đối với migraine tiền đình).

TIỀN LƯỢNG

Tùy thuộc vào chẩn đoán và đáp ứng với điều trị

BIẾN CHỨNG

- Lo âu, trầm cảm
- Tàn tật, chấn thương do té ngã

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: a novel, evidence-based approach to diagnosing acute dizziness and vertigo. *Neurol Clin.* 2015;33(3):577–599.
2. Muncie H, Sirmans S, James E. Dizziness: approach to evaluation and management. *Am Fam Physician.* 2017;95(3):154–162.
3. Yew KS, Cheng EM. Diagnosis of acute stroke. *Am Fam Physician.* 2015;91(8):528–536.
4. Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, et al; for American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;139(5 Suppl 4):S47–S81.
5. Hilton M, Pinder D. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(12):CD003162.
6. Fishman JM, Burgess C, Waddell A. Corticosteroids for the treatment of idiopathic acute vestibular dysfunction (vestibular neuritis). *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(5):CD008607.
7. Swartz R, Longwell P. Treatment of vertigo. *Am Fam Physician.* 2005;71(6):1115–1122.

XEM THÊM

- Bệnh Ménière; Say tàu xe; Chóng mặt kịch phát tư thế lạnh tính (BPPV)
- Sơ đồ (Algorithm): Choáng váng

MÃ ICD

ICD10

- R42 Choáng váng và chóng mặt
- H81.10 Chóng mặt kịch phát lạnh tính, không xác định tai bị ảnh hưởng
- H81.49 Chóng mặt nguồn gốc trung ương, không xác định tai bị ảnh hưởng

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Hãy áp dụng cách tiếp cận TiTrATE khi đánh giá.
- Chóng mặt cấp tính, tự phát, liên tục kèm nghiệm pháp xung đầu ngang bình thường, rung giật nhãn cầu đổi hướng, và lệch trục (HINTS dương tính) có độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao đối với đột quỵ.
- Chóng mặt từng cơn, có yếu tố khởi phát, kèm nghiệm pháp Dix-Hallpike dương tính phù hợp với BPPV.
- Nếu bệnh nhân cần thực hiện khám HINTS, không nên thực hiện Dix-Hallpike vì nguyên nhân trung ương cũng có thể cho kết quả Dix-Hallpike dương tính.

- Nghiệm pháp Epley được khuyến cáo để điều trị BPPV.
- Thuốc không được khuyến cáo để điều trị BPPV.