

Tiếp cận và chẩn đoán chóng mặt cấp

Chóng mặt(dizziness) là một triệu chứng rất thường gặp, và thường khó diễn tả, chóng mặt có nhiều kiểu: chóng mặt kiểu xoay tròn(vertigo), chóng mặt kiểu sắp xỉu(presyncope), chóng mặt kiểu mất thăng bằng và chóng mặt không điển hình (chóng mặt do nguyên nhân tâm lý). Chóng mặt do nhiều nguyên nhân, 40% rối loạn tiền đình ngoại biên, 10% tổn thương tiền đình trung ương ở thân não, 15% do rối loạn tâm thần và 25% do các nguyên nhân khác như sắp xỉu và mất thăng bằng khi đi lại. Chẩn đoán chưa rõ chiếm tỷ lệ 10%. Căn nguyên chóng mặt thay đổi tùy theo tuổi, ở người cao tuổi thường do tổn thương tiền đình trung ương, phần lớn do đột quỵ (tương ứng 20%), chóng mặt không điển hình và sắp xỉu gặp ở người trẻ nhiều hơn.

Chóng mặt thật sự (chóng mặt kiểu xoay tròn)

Trong các loại chóng mặt, chóng mặt kiểu xoay tròn xảy ra nhiều nhất, 50% trường hợp chóng mặt. Người bị có ảo giác như mình hoặc mọi vật chung quanh đang chuyển động. Thường là ảo giác xoay tròn, có thể thấy mọi vật chuyển động theo chiều dọc, có cảm giác như đang ngồi trên ghế đu đưa, hay đang đứng trên bong tàu giữa biển. Tuy nhiên một số trường hợp có thể chóng mặt mơ hồ, mất thăng bằng hay mất định hướng. Mặc khác một số bệnh nhân sắp xỉu do thần kinh phế vị kích thích hay bệnh tim mạch cũng có cơn chóng mặt kiểu xoay. Thời gian, yếu tố thúc đẩy và làm nặng thêm là cơ sở giúp chẩn đoán nguyên nhân. Chóng mặt không bao giờ liên tục, ngay cả khi tổn thương tiền đình thường trực. Hệ thần kinh trung ương thích nghi với thiếu sót và triệu chứng nên chóng mặt giảm trong vài tuần, chóng mặt kéo dài nhiều tháng thường do căn nguyên tâm lý hay không tiền đình

NGUYÊN NHÂN

1.Chóng mặt kịch phát tư thế lành tính: Là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của chóng mặt kiểu xoay, đặc điểm cơn chóng mặt ngắn xảy ra khi thay đổi tư thế đầu. Hầu hết cơn xảy ra khi nằm xuống, xoay đầu qua phải hay trái trên gối, khi cúi xuống hay nhìn lên trên. Chóng mặt kiểu xoay tròn và nặng hơn khi thay đổi vị trí đầu, không kèm ù tai hay giảm thính lực, bản chất vô hại. Khi chóng mặt kéo dài, người bệnh nên nằm ngửa tránh tư thế gây chóng mặt, hậu quả dẫn đến rối loạn chức năng cơ cột sống, giảm chức năng tiền đình hay cả hai. Bệnh chiếm từ 17 đến 20% nguyên nhân chóng mặt, thường gặp ở lứa tuổi từ 50-70, tuy nhiên có thể gặp trong bất cứ nhóm tuổi nào. Bệnh xảy ra gấp 2 lần ở nữ và chiếm 50% chóng mặt ở người già. Cơ chế bệnh sinh là do các mảnh vỡ của sỏi tai di chuyển tự do trong ống bán khuyên sau.

Nguyên nhân thường gặp ở người dưới 50 tuổi: sau chấn thương đầu, đau đầu mạch máu, viêm thần kinh tiền đình, bệnh Meniere. Ở người già phần lớn do bệnh lý thoái hóa hệ thống tiền đình tai trong, sau phẫu thuật tai. Tuy nhiên đa số trường hợp, người ta không tìm thấy nguyên nhân. Bệnh lành tính, thường sẽ tự động biến mất. Điều trị hiện nay, nghiêm pháp tái định vị sỏi tai của Epley có hiệu quả trong tổn thương ống bán khuyên trước và sau, tỷ lệ thất bại 25% và tái phát trong 6 tháng là 13%. Các bài tập tập tại nhà Brandt Daroff, Epley được khuyến cáo cho những trường hợp có chẩn đoán rõ, hiệu quả hơn do lặp lại nhiều lần.

2.Chóng mặt cấp (hội chứng tiền đình cấp):

Triệu chứng chóng mặt khởi phát đột ngột và dữ dội. Chóng mặt bùng phát, nặng hơn khi thay đổi tư thế đầu và kết hợp buồn nôn, nôn, giật nhãn cầu ngang, xoay hay hỗn hợp. Chóng mặt nặng có thể xảy ra trong tổn thương tiền đình trung ương và ngoại biên, khi triệu chứng ít rõ rệt, đặc biệt khi có giật nhãn cầu không cân xứng với chóng mặt nặng, tổn thương thường ở thân não hơn tiền đình ngoại biên

Chóng mặt có thể xảy ra đơn độc hay tái phát từng đợt, kéo dài vài giây, vài giờ hay nhiều ngày

- Chóng mặt tái phát kéo dài dưới một phút thường gặp trong chóng mặt tư thế lành tính
- Con chóng mặt kéo dài vài phút đến vài giờ có thể gặp trong migraine hay thiếu máu thoáng qua của mê đạo hay thân não
- Con chóng mặt tái phát liên hệ bệnh Meniere hay bệnh lý tiền đình tái phát kéo dài nhiều giờ hay ngắn hơn
- Chóng mặt nặng nề, cơn kéo dài hơn xảy ra trong viêm thần kinh tiền đình có thể kéo dài nhiều ngày và đây cũng là đặc trưng của chóng mặt có nguồn gốc bệnh xơ cứng nhiều chỗ hay nhồi máu thân não, tiểu não

Triệu chứng đi kèm:

- Chóng mặt cấp do đột quy động mạch sống nền luôn luôn xảy ra các triệu chứng khác của thiếu máu thân não như nhìn đôi, nói khó, nuốt khó, yếu cơ hay tê bì. Nhồi máu tiểu não có thể chỉ có chóng mặt không có triệu chứng khác. Đau khu trú vùng vai có thể do bóc tách động mạch sống.
- Chóng mặt ở bệnh nhân xơ cứng nhiều chỗ có thể có trước hay kèm với các triệu chứng thần kinh khác tùy thuộc vào vùng mất myelin.
- Điếc và ù tai trong tổn thương ngoại biên ở tai trong. Cảm giác âm thanh nghe lớn lên trong tai đặc biệt phối hợp đột tấn công của bệnh Meniere. Cảm giác đè nặng trong tai và điếc thần kinh tần số cao có thể gặp trong rò chu dịch do chấn thương (perilymphatic fistula).
- Đau đầu, sợ ánh sáng, sợ tiếng động trong chóng mặt migraine. Hầu hết bệnh nhân có tiền triệu thị giác
- Tim đập nhanh, thở ngắn, toát mồ hôi có gặp trong cơn hoảng sợ

Tiền sử :

- Tiền sử migraine có thể nguyên nhân chóng mặt
- Sự hiện diện các yếu tố nguy cơ đột quy như tăng huyết áp, đái tháo đường, tiền sử bệnh mạch máu giúp chẩn đoán thiếu máu động mạch sống nền. Bệnh nhân có cơn chóng mặt và có một hay nhiều yếu tố nguy cơ có nguy cơ đột quy trong 2 năm tiếp theo: 8% có 1-2 yếu tố nguy cơ và 14% có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên.
- Tiền căn chóng mặt gia đình trong bệnh lý kênh ion di truyền

- Thuốc liên hệ đến nhiễm độc tiền đình và tiểu não như ciplatin, aminoglycosides, phenytoin.

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường gặp chóng mặt cấp thường được chia 2 nhóm: tổn thương trung ương và ngoại biên

a. Chóng mặt ngoại biên: thường gặp nhất là viêm thần kinh tiền đình và bệnh Meniere.

- **Viêm thần kinh tiền đình:** Dây thần kinh tiền đình được hình thành từ các sợi thần kinh xuất phát từ bộ phận của tai trong, các sợi thần kinh tập trung về hạch Scarpa ở đáy ống tai trong. Từ hạch Scarpa, bó dây thần kinh tiền đình hợp với bó thần kinh thính giác tạo thành dây thần kinh số VIII. Nguyên nhân gây viêm dây thần kinh tiền đình do vi trùng trong viêm màng não, giang mai hay siêu vi trùng cúm, quai bị, zona, một số chất gây độc như thuốc kháng sinh streptomycine, chì, oxyd carbon, thuốc lá, rượu, ma túy. Bệnh nhân có biểu hiện chóng mặt mọi vật xoay tròn xung quanh mình kèm cảm giác ù tai, người bệnh phát hiện thấy một bên tai nghe kém hẳn và nhức đầu bên mặt, cảm giác bì bì da mặt và da ở vùng tai. Viêm thần kinh tiền đình do siêu vi, bệnh nhân sẽ bị chóng mặt rất nặng nhưng vẫn nghe bình thường. Điều trị triệu chứng bằng các thuốc chống chóng mặt, an thần, điều trị ù tai thuốc tăng tuần hoàn não, giãn mạch. Điều trị nguyên nhân: kháng sinh, chống viêm, loại bỏ chất độc nếu tìm thấy nguyên nhân do nhiễm độc tố. Bệnh thường bắt đầu trong vòng 1-2 ngày, tuy có khi phải mất đến nhiều tuần mới hết hẳn và ít khi tái phát.

- **Bệnh Meniere:** Bệnh Meniere được đặt theo tên Prosper Meniere của một bác sĩ Pháp, người đầu tiên trình bày về căn bệnh này. Bệnh này ảnh hưởng đến các bộ phận điều khiển chức năng nghe và thăng bằng ở tai. Đa số những người mắc bệnh Meniere có triệu chứng: mất thính lực, cảm giác âm thanh lớn lên trong tai và ù tai do chất dịch tích tụ trong ốc tai. Chóng mặt kiểu xoay tròn do quá nhiều chất dịch trong các ống bán khuyên. Bệnh tiến triển có những cơn chóng mặt liên tiếp, sau đó là những khoảng thời gian không có triệu chứng. Mỗi cơn chóng mặt kéo dài nhiều phút hay nhiều giờ. Đầu tiên, điếc tai chỉ xảy ra trong những cơn chóng mặt, sau dần, người bệnh bị điếc vĩnh viễn, nhiều hay ít. Khoảng 5% có triệu chứng duy nhất là tình trạng mất thính lực tái diễn, giữa tốt hơn và xấu hơn. Nguyên nhân gây bệnh Meniere chưa rõ, bệnh xảy ra ở bất cứ lứa tuổi nào nhưng thường gặp ở tuổi 30 đến 60 và sau một thời gian, nhiều người bị bệnh ở cả hai tai.

Những người mắc bệnh Meniere được khuyên không hút thuốc hoặc dùng các sản phẩm thuốc lá khác, ăn uống theo chế độ giảm muối (Eating a Low-Salt Diet) để giảm bớt lượng nước ở tai trong. Tránh các sản phẩm có chất caffeine, chẳng hạn như cà phê, trà, nước ngọt và kẹo sô cô la. Các sản phẩm được khử chất caffeine có thể dùng được. Dùng thuốc lợi tiểu giúp loại bỏ bớt muối sodium và nước. Để tránh tình trạng mất potassium do thuốc lợi tiểu, dùng thực phẩm giàu chất potassium như nước cam vắt, chuối, trái cây khô, nho khô, đào, đậu trắng, khoai tây và đậu phụng không muối. Tránh căng thẳng, đề phòng dị ứng thực phẩm, một số thực phẩm dị ứng phổ

biến là kẹo sô cô la, rượu đỏ, lúa mì, bia, hải sản có vỏ, và các sản phẩm từ sữa. Thuốc điều trị triệu chứng như meclizine (Antivert) và diazepam (Valium) thường sử dụng trong cơn cấp tính, nhưng không giúp ích khi dùng hàng ngày.

- **Các rối loạn tiền đình ngoại biên khác:** Chóng mặt sau chấn thương sọ não, chóng mặt kèm nặng đầu, khó tập trung hồi hộp, sợ ánh sáng. Ngoài ra, còn có chóng mặt do các bệnh khác như: viêm tai xương chũm mạn tính, xơ cứng tai, các loại thuốc gây tổn thương tiền đình – ốc tai như: một vài loại thuốc kháng sinh, thuốc lợi tiểu, thuốc chống ung thư, thuốc giảm đau, rượu, xạ trị.

b.Chóng mặt trung ương:

Các nguyên nhân thường gặp như chóng mặt do migraine, thiếu máu thân não, nhồi máu và xuất huyết tiểu não, xơ cứng nhiều chỗ. Trước một trường hợp chóng mặt xoay tròn dữ dội, kèm ói chẩn đoán phân biệt tai biến mạch máu ở thân não hay tiểu não, u góc cầu tiểu não và xơ cứng rải rác từng đám. Tổn thương thân não ngoài triệu chứng chóng mặt quay và ói dữ dội, còn nhìn một thành hai (nhìn đôi), nói ngọng, khó nuốt nước hay thức ăn, tê và liệt nửa người. Ngoài ra, khoảng 30% trường hợp đau nửa đầu cũng bị chóng mặt, có thể xảy ra trước hay trong cơn

- Hội chứng tiền đình cấp và đột quy động mạch sống nền

Hội chứng tiền đình cấp có buồn nôn và nôn, dáng đi lảo đảo, giật nhãn cầu, không dung nạp với chuyển động của đầu và kéo dài trên 24 giờ. Nguyên nhân trung ương: đột quy sống nền (83%), xơ cứng nhiều chỗ(11%), nguyên nhân khác (6%). Trên 50% đột quy sống nền không có thiếu hụt thần kinh khu trú

Các test tại giường giúp phân biệt nguyên nhân trung ương và ngoại biên trong hội chứng tiền đình cấp:

Không giúp ích:

- Các kiểu chóng mặt (chóng mặt kiểu xoay, sắp xiu, mất thăng bằng)
- Khởi phát chóng mặt (đột ngột hay từ từ)
- Nghiệm pháp Hallpike- Dix
- Tỷ lệ các triệu chứng như chóng mặt nặng, ói, tổn thương dáng đi(thí dụ rối loạn dáng đi nặng với chóng mặt trung bình không đồng nghĩa nguyên nhân trung ương)
- Điếc tai
- Các loại giật nhãn cầu
- CT không cản quang chỉ nhạy khoảng 16% đột quy thiếu máu cấp

Giúp ích:

- Nhiều cơn chóng mặt tiền triệu tiên đoán chóng mặt nguyên nhân trung ương
- Đau đầu và đau cổ tiên đoán chóng mặt nguyên nhân trung ương (đột quy, bóc tách động mạch sống)

- Bất cứ dấu hiệu thần kinh khu trú nào, đặc biệt thất điều thân (không ngồi thẳng lên được với hai tay bắt chéo) và dáng đi không vững nặng tiên lượng nhiều nguyên nhân trung ương
- Test lắc đầu mạnh (**H**ead **I**mpulse test) (phản xạ tiền đình mắt) nếu bình thường, chẩn đoán nguyên nhân do trung ương
- Giật nhãn cầu khi nhìn chăm chú (giật nhãn cầu phải khi nhìn chăm chú bên phải.) rồi loạn chức năng cấu trúc giữ nhìn chăm chú ở thân não và tiểu não. Nếu bất thường, chẩn đoán nguyên nhân trung ương.
- Nhãn cầu không thẳng hàng theo chiều dọc trong test che và không che mắt: nếu bất thường lệch nhãn cầu chẩn đoán nguyên nhân trung ương
- Cộng hưởng từ khuếch tán (Diffusion-weighted MRI)

Ghép lại HINTS (**H**ead **I**mpulse test, **N**ystagmus, **T**est of **S**kew) khám tìm bất thường tóm tắt trong từ tắt: **INFARCTs**

- **I**mpulse **N**ormal - **F**ast-phase **A**lternating - **R**efixation on **C**over **T**est

Nếu bất cứ 1 trong 3 bất thường độ nhạy 100% và độ chuyên biệt 96% cho nguyên nhân trung ương

HINTS test tương đương DWI

3. Chẩn đoán chóng mặt cấp ở khoa cấp cứu

Tiếp cận bệnh nhân chóng mặt cấp ở cấp cứu câu hỏi đặt ra là nguyên nhân trung ương hay ngoại biên. Người thầy thuốc ở cấp cứu trước tiên phải phân biệt chóng mặt thật sự với các loại chóng mặt khác. Sau khi xác định chóng mặt thật sự, chóng mặt trung ương phải được phân biệt qua hỏi bệnh sử chi tiết, thăm khám thực thể và nếu không chắc chắn nên chỉ định chẩn đoán hình ảnh

- Thực hiện test lắc đầu mạnh trên mặt phẳng ngang (horizontal head impulse test). (bình thường = nguyên nhân trung ương)
- Kiểm tra hướng giật nhãn cầu- giật nhãn cầu khi nhìn chăm chú phải hay trái
- Thực hiện test che mắt luân phiên

PGS.TS.BS Cao Phi Phong