

CHÓNG MẶT

TS. BS. Trần Đức Sĩ

Kiến thức nền cần biết trước giờ học:

Giải phẫu học đường dẫn truyền cảm giác sâu
Giải phẫu học, sinh lý học vùng hành-cầu-tiểu não, đường dẫn truyền trán-cầu-tiểu não
Triệu chứng học, bệnh học và điều trị hội chứng tiểu não
Giải phẫu học cơ quan tiền đình
Triệu chứng học, bệnh học và điều trị viêm thần kinh tiền đình
Triệu chứng học, bệnh học và điều trị chóng mặt tư thế kịch phát lành tính
Nghiệm pháp Dix-Hallpike, Nghiệm pháp Epley, Nghiệm pháp Brandt-Daroff

Tài liệu học viên cần đọc trước giờ giảng:

Cao Phi Phong. Tiền đình và rối loạn tiền đình. Edit. Vũ Anh Nhị. Thần kinh học. NXB Đại Học Quốc Gia, 2006:121-134.

Bài đọc thêm không bắt buộc:

Vũ Anh Nhị et al. Rối loạn cảm giác. Edit. Vũ Anh Nhị. Sổ tay lâm sàng thần kinh. ĐHY Dược Tp. HCM, 2009: 125-128.

Vũ Anh Nhị et al. Hội chứng tiểu não. Edit. Vũ Anh Nhị. Sổ tay lâm sàng thần kinh. ĐHY Dược Tp. HCM, 2009: 120-124.

Cao Phi Phong. Tiểu não và rối loạn phối hợp vận động. Edit. Vũ Anh Nhị. Thần kinh học. NXB Đại Học Quốc Gia, 2006:135-146.

<http://www.youtube.com/watch?v=hq-IQWSrAtM&feature=related>

Dix-Hallpike (Parany) test:

http://www.youtube.com/watch?v=ttgagplv_wM&feature=fvwrel

Epley:

<http://www.youtube.com/watch?v=59EIKztATiw&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=BY4UeRmTYmA&feature=relmfu>

<http://www.youtube.com/watch?v=Ih72suV2p20&feature=related>

Brandt-Daroff Repositioning Exercises:

<http://www.youtube.com/watch?v=nIEguL0AaEw&feature=related>

Mục tiêu đào tạo:

Kiến thức:

Mô tả được đặc điểm lâm sàng (triệu chứng và diễn tiến) của:

Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính,

Viêm dây thần kinh tiền đình,

Bệnh Ménière

Liệt kê được các căn nguyên có thể khác của chóng mặt

Liệt kê các kỹ thuật cận lâm sàng hữu ích trong chẩn đoán phân biệt các căn nguyên chóng mặt

Biết các điều trị triệu chứng các trường hợp chóng mặt cấp tính

Kỹ năng:

Trước một trường hợp chóng mặt thực tế hay giả định, học viên có thể thực hiện đúng:

Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng,

Trong trường hợp cần thiết, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán phân biệt căn nguyên chóng mặt,

Xác định các trường hợp chóng mặt có căn nguyên trung ương

Xử trí các trường hợp chóng mặt cấp, lành tính,

Tư vấn các trường hợp chóng mặt cấp,

Thực hiện các nghiệm pháp: Dix-Hallpike, Epley,

Thái độ:

Nhận thức được mức độ nặng của bệnh lý căn nguyên và có thái độ xử trí thích hợp.

Take-home messages:

Chóng mặt tư thế, cơn ngắn: chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (sỏi ốc tai =1/3 các loại chóng mặt)

Chóng mặt chỉ có một cơn duy nhất kéo dài nhiều giờ hoặc hơn:

Cơn đơn thuần: viên thần kinh tiền đình

Cơn kèm các triệu chứng thần kinh khác: NMN động mạch đốt sống, thân nền (Wallenberg hay nhồi máu tiểu não đơn thuần)

Chóng mặt kéo dài, tái phát nhiều lần kèm triệu chứng về tai:

Bệnh Ménière,

U sợi thần kinh VIII (IRM có Gadolinium chú trọng vào vùng ốc tai trong)

Nhắc lại về lâm sàng:

Tiếp cận trường hợp chóng mặt:

Hỏi bệnh:

Xác định lại than phiền thật sự của bệnh nhân: chóng mặt thật sự? choáng váng? Mệt mỏi mạn tính? Đau đầu mạn tính, cảm giác nặng đầu?

Kiểu chóng mặt?

Thời gian: kéo dài vài giây, vài phút, vài giờ, vài ngày? Một cơn duy nhất hay nhiều cơn giống nhau liên tiếp? Tiền sử những đợt tương tự? thời gian kéo dài của mỗi đợt?

Thời điểm khởi phát của lần chóng mặt hiện tại? hoàn cảnh khởi phát? Yếu tố khởi phát hay tăng nặng nghi ngờ?

Các triệu chứng kèm theo: nôn ói, ù tai, giảm thính lực, hoa mắt, giảm thị lực, đau đầu, đau cổ, run, vã mồ hôi, nhịp tim?

Tiền sử bản thân: viêm tai chảy mủ tai, chấn thương? Tiền sử gia đình?

Khám lâm sàng:

Khám tổng quát: thể trạng, da niêm, nhịp tim, ...

Khám tai, khám thần kinh: đặc biệt lưu ý khám 12 đôi dây tk sọ và các dấu tiểu não

Tìm Nystagmus,

Khám tiền đình động trạng, tĩnh trạng.

Cận lâm sàng:

Trong trường hợp nghi ngờ có thể làm nghiệm pháp nhiệt +/- video Nystagmus, đo thính lực đồ (CK TMH). Các CLS đặc biệt: điện thế gọi thính giác, CT, MRI chỉ được chỉ định khi có nghi ngờ cụ thể.

Nghiệm pháp Dix-Hallpike (Nylen Barany)

Giải thích cho bệnh nhân lý do và cách làm nghiệm pháp. Cảnh báo trước cho bệnh nhân rằng nghiệm pháp có thể làm gia tăng chóng mặt có sẵn và hoặc gây nôn ói trong quá trình thực hiện; bệnh nhân có thể có lão đảo sau làm nghiệm pháp. Những biểu hiện khi làm nghiệm pháp sẽ giúp xác định chẩn đoán, phân biệt bên tiền đình bị tổn thương, từ đó mới tiến hành thủ thuật điều trị, giúp hồi phục chóng mặt sớm hơn.

Di chuyển bệnh nhân nhanh từ tư thế ngồi thẳng, đầu xoay sang bên sang tư thế nằm, đầu xoay sang bên và ngửa ra sau 30°. Yêu cầu bệnh nhân mở mắt trong lúc làm nghiệm pháp để quan sát nystagmus nếu có. Bệnh nhân nằm trong tư thế đó 30 giây, nếu không có nystagmus hoặc không có gia tăng triệu chứng, cho bệnh nhân ngồi dậy. Bệnh nhân được yêu cầu vẫn mở mắt để quan sát nystagmus. Lặp lại nghiệm pháp với tư thế đầu xoay qua hướng bên còn lại. Nghiệm pháp được đánh giá là dương tính nếu gây khởi phát hoặc gia tăng các triệu chứng chóng mặt và/hoặc nystagmus. Nghiệm pháp Dix-Hallpike có thể hữu ích trong phân biệt chóng mặt có căn nguyên ngoại biên hay trung ương. Chóng mặt do căn nguyên trung ương thường có triệu chứng khởi phát ngay lập tức khi thay đổi tư thế, chóng mặt mức độ tương đối, nystagmus theo chiều dọc, hoặc có thể nhiều hướng (trong khi chóng mặt căn nguyên ngoại biên có nystagmus đánh ngang hoặc đánh xoay về một bên), triệu chứng kéo dài hơn 1 phút, lặp lại nghiệm pháp nhiều lần thì triệu chứng vẫn dương tính chứ không mất hay giảm đi. Trong trường hợp chóng mặt có căn nguyên ngoại biên, nghiệm pháp còn giúp phân biệt bên bệnh.

Thủ thuật Epley:

Giải thích cho bệnh nhân lý do và cách làm thủ thuật. Cảnh báo trước cho bệnh nhân rằng thủ thuật có thể làm gia tăng chóng mặt có sẵn và hoặc gây nôn ói trong quá trình thực hiện; bệnh nhân có thể có lão đảo sau làm thủ thuật nhưng sẽ kết thúc sau vài phút nghỉ ngơi.

Những biểu hiện khi làm thủ thuật không có nghĩa là bệnh nặng hơn mà ngược lại, giúp hồi phục chóng mặt sớm hơn.

Bệnh nhân ngồi trên bàn khám, đầu hơi ngửa, xoay 45° sang bên chóng mặt, sau đó nằm xuống. Sau 20-30 giây, từ từ xoay đầu 90° sang đối bên (lúc này đầu bệnh nhân sẽ ở tư thế hơi ngửa và xoay 45° bên đối diện); sau 20-30 giây tiếp tục xoay chậm cả người và đầu thêm 90° (lúc này thân bệnh nhân sẽ ở tư thế nằm nghiêng và đầu bệnh nhân sẽ ở tư thế hơi ngửa và xoay xuống dưới tạo một góc 45° với mặt phẳng ngang); nghỉ 20-30 giây rồi từ từ ngồi dậy. Lưu ý: bệnh nhân có thể có chóng mặt nhiều trong quá trình thực hiện thủ thuật và khi bệnh nhân ngồi dậy có thể có lão đảo. Trong 70% các trường hợp, thủ thuật có hiệu quả trong lần thực hiện đầu tiên. Trong 30% còn lại, có thể lặp lại thủ thuật nếu bệnh nhân không quá chóng mặt.

Thủ thuật Epley là điều trị duy nhất được chứng minh hiệu quả trong chóng mặt tư thế kịch phát lành tính.

Dấu Romberg

Cách khám:

Giải thích lý do, cách khám cho bệnh nhân và thân nhân. Sẵn sàng đỡ nếu bệnh nhân té ngã, trấn an bệnh nhân.

Yêu cầu bệnh nhân đứng, hai bàn chân khép lại, yêu cầu bệnh nhân đứng yên tối thiểu vài giây. Nếu bệnh nhân không thể tự đứng được ngay từ khi còn mở mắt thì không thể thực hiện nghiệm pháp Romberg. Nếu bệnh nhân mất thăng bằng một cách nặng nề, không thể đứng thẳng, hai chân khép, ngay cả khi mở hai mắt thì nguyên nhân có thể là hội chứng tiểu não hoặc cũng có thể là hội chứng tiền đình căn nguyên trung ương hoặc ngoại biên.

Nếu bệnh nhân chưa ngã: yêu cầu bệnh nhân nhắm hai mắt lại.

Biểu hiện sau đó và diễn giải ý nghĩa của kết quả:

Bệnh nhân đứng vững cả khi mở mắt và nhắm mắt: nghiệm pháp Romberg âm tính – bình thường.

Khi hai mắt mở bệnh nhân đứng vững hoặc có chao đảo nhẹ. Khi bệnh nhân nhắm hai mắt xuất hiện chao đảo hoặc chao đảo nặng hơn, hoặc bệnh nhân ngã. Sự chao đảo của bệnh nhân không theo một hướng cố định và có xu hướng gây ngã. Dấu hiệu Romberg (+). Mất cảm giác tư thế khớp, thường gặp trong:

Bệnh thần kinh ngoại biên: nguyên nhân thường gặp

Tổn thương thừng sau (cột sau) trong tủy sống (ví dụ: u, thoái hóa cột sống, ít gặp hơn trong bệnh Tabès, thiếu hụt Vitamine B12, các bệnh lý thoái hóa tủy sống).

Nếu sự chao đảo của bệnh nhân có xu hướng theo một hướng cố định, xuất hiện hoặc tăng nặng khi nhắm mắt thì hướng nghi ngờ đến hội chứng tiền đình.

Nếu bệnh nhân đứng, hai mắt mở mà không giữ được thăng bằng trước-sau, cơ thể chao đảo theo chiều trước sau, cơ chày trước hoạt động không ngừng do sự mất thăng bằng (dấu hiệu gân cơ chày trước nhảy múa). Mất thăng bằng không bị ảnh hưởng bởi nhắm mở mắt, khi bệnh nhân nhắm mắt lại không làm tăng nặng sự mất thăng bằng thì hướng tới hội chứng tiểu não.

Lưu ý:

Không thể đánh giá nghiệm pháp Romberg nếu bệnh nhân không thể đứng được một mình, hoặc trên bệnh nhân yếu liệt nửa người, yếu hai chi dưới.

Mất thăng bằng trong hội chứng tiểu não (không ảnh hưởng khi nhắm mắt) không được ghi nhận là Romberg (+) (tăng nặng khi nhắm mắt) cũng không được ghi nhận là Romberg (-) (bình thường).

Nystagmus (động mắt)

Nystagmus là dấu chứng khách quan đáng tin cậy nhất trong chóng mặt.

Nhịp: chuyển động nhịp nhàng của mắt, có hai thì theo hai hướng ngược nhau: 1) chuyển động chậm, và 2) chuyển động nhanh theo hướng ngược lại, được quy định là hướng của nystagmus;

Nystagmus trong tiền đình căn nguyên ngoại biên:

Tổn thương nằm tại cơ quan tiền đình, tk tiền đình, đặc trưng bởi:

Giảm hoặc mất nếu tập trung nhìn cố định;

Tăng lên nếu nhìn về hướng đánh nhanh và ngược lại;

Một chiều: chiều của nystagmus không bao giờ thay đổi, ngược hướng của bên tiền đình bệnh;

Nystagmus thường đánh ngang-xoay, không bao giờ đánh dọc.

Trong rối loạn tiền đình có căn nguyên ngoại biên, các triệu chứng thường "hòa hợp" có nghĩa là các dấu chứng lâm sàng đều chỉ dẫn về một bên tiền đình bị tổn thương; vd: RLTD

có căn nguyên tại cơ quan tiền đình bên P, di lệch ngón trỏ, đi hình sao, Romberg đều lệch sang P, nystagmus đánh sang T (chiều chậm sang P).

Nystagmus trong tiền đình căn nguyên trung ương:

Tăng nếu nhìn cố định;

Đa hướng, vd: đánh sang trái khi nhìn sang trái, đánh sang phải khi nhìn sang phải, đánh lên khi nhìn lên;

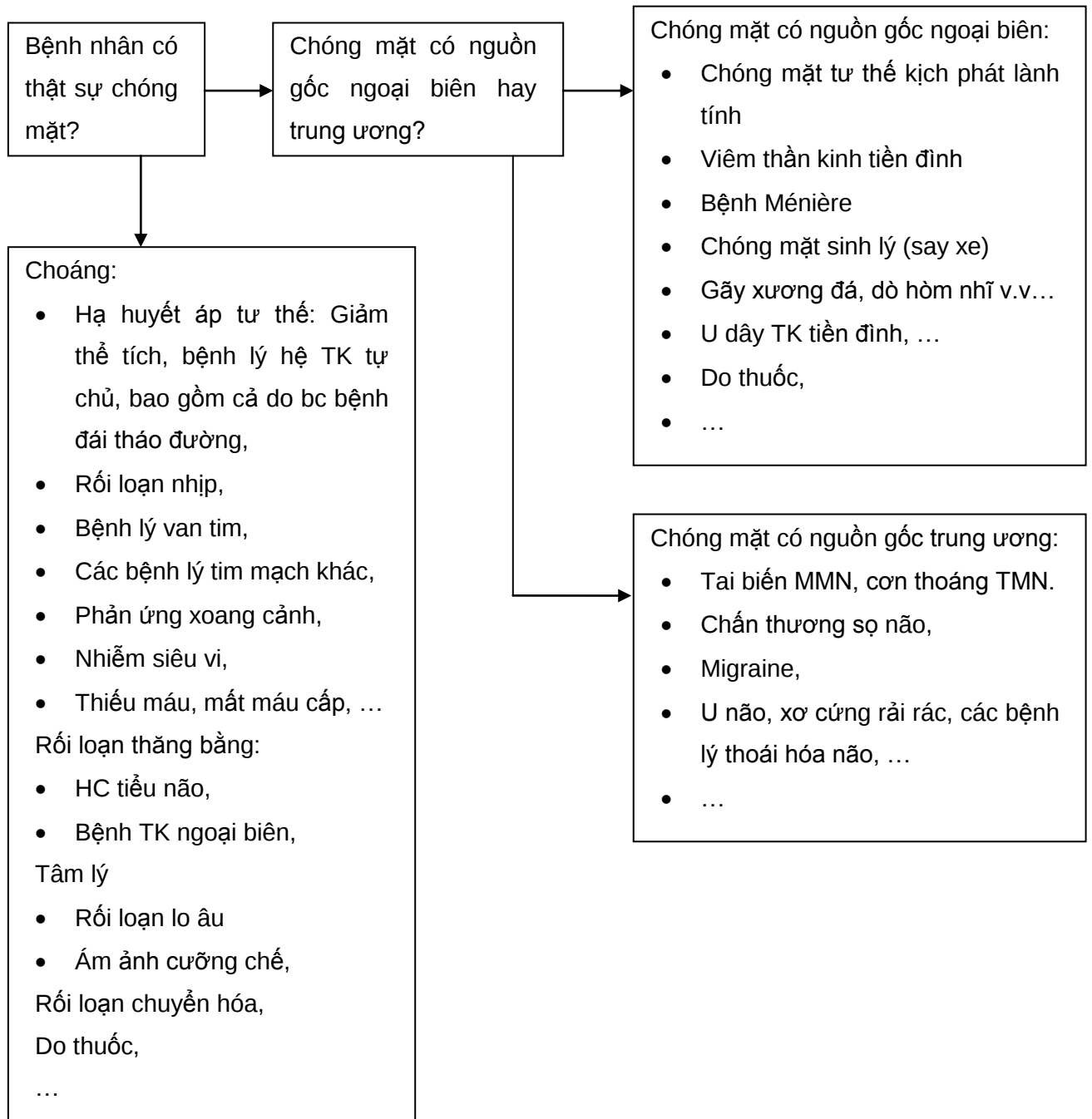
Sự hiện diện của nystagmus tương đối không phụ thuộc vào mức độ chóng mặt;

Có thể có giá trị định vị tổn thương: vd: nystagmus đánh dọc hướng lên hướng đến chẩn đoán tổn thương cầu não, trong khi nystagmus đánh dọc hướng xuống hướng đến chẩn đoán tổn thương vùng bản lề chằm cột sống;

Thường phối hợp với những biểu hiện tổn thương thần kinh trung ương khác.

Tóm lược một số chẩn đoán phân biệt:

Bệnh lý	Khởi phát	Độ dài cơn	Dấu hiệu đi kèm	Tái phát
BPPV	Đột ngột	<1 phút	Nôn ói, ↑ khi thay đổi tư thế	+
Meniere	Tiến triển	Vài giờ	Ù tai, điếc tần số thấp	+
Viêm TK TĐ	Đột ngột/ Tiến triển	Vài ngày – tuần	Nôn ói, nhiễm siêu vi, +/- giảm thính lực	-
Migraine	Tiến triển	Vài phút – ngày	Phụ nữ, hoa mắt, tiền sử Mgr	+
TIA	Đột ngột	Phút	Dấu hiệu TK	+
NMN tiền đình	Đột ngột	Liên tục	Điếc +/- ù tai	
NMN vỏ não	Đột ngột	Liên tục	Dấu hiệu TK	
NMN tiểu não	Đột ngột	Liên tục	Mất thăng bằng TN, run, rối tầm	



Hạ huyết áp tư thế

Định nghĩa: khi so sánh huyết áp đo được khi nằm và khi đứng sau đó (trong vòng 3 phút), nếu HA tâm thu giảm xuống 20 mmHg hoặc HA tâm trương giảm xuống 10 mmHg trở lên. Thường có kèm tăng nhẹ nhịp tim, đặc biệt trong trường hợp hạ HA tư thế do mất nước hoặc mất máu (nếu bệnh nhân đang dùng ức chế beta thì có thể không thấy phản ứng tăng nhịp tim này).

Một số thuốc có thể gây hạ huyết áp tư thế

NHÓM	VÍ DỤ
Narcotics	Morphine
Tricyclic antidepressants	Imipramine (Tofranil)
Nontricyclic antidepressants	Trazodone (Desyrel), paroxetine (Paxil), venlafaxine (Effexor)
Monoamine oxidase inhibitors	Phenelzine (Nardil)
Neuroleptics	Chlorpromazine (Thorazine), quetiapine (Seroquel)
Antihypertensive agents	Clonidine (Catapres), labetalol (Normodyne, Trandate), verapamil (Calan, Isoptin, Verelan), captopril (Capoten), hydralazine (Apresoline)
Nitrates	
Diuretics	Furosemide (Lasix)
Antiparkinsonian agents	Levodopa (Sinemet), bromocriptine (Parlodel), ropinirole (Requip), pramipexole (Mirapex)
Drugs for prostatism	Prazosin (Minipress), terazosin (Hytrin)
Drugs for erectile dysfunction	Sildenafil (Viagra)
Drugs that induce autonomic neuropathy	Amiodarone (Cordarone, Pacerone), vincristine (Oncovin, Vincasar), cisplatin (Platinol)
Insulin (In diabetic patients with autonomic failure)	

Điều trị một số căn nguyên chóng mặt thường gặp

Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV)

Giải thích sơ lược cho bệnh nhân về các căn nguyên chóng mặt;

Giải thích sơ lược cho bệnh nhân về chóng mặt tư thế kịch phát lành tính;

Giải thích cho bệnh nhân các tình huống có thể làm gia tăng triệu chứng;

Hướng dẫn cho bệnh nhân tư thế nằm khi ngủ nhằm hạn chế chóng mặt;

Trấn an bệnh nhân về tính lành tính của bệnh;
Cảnh báo bệnh nhân về khả năng tái phát của bệnh;
Giải thích về thủ thuật Epley và xin phép sự đồng ý của bệnh nhân;
Tiến hành thủ thuật Epley (hoặc các thủ thuật khác tương đương).

Tu vấn cho bệnh nhân chóng mặt tư thế kịch phát lành tính

- Không tự lái xe, hạn chế đi lại.
- Trong ngày cố gắng giữ đầu thẳng, không ngửa lên hay cúi xuống quá, vd: không đi hớt tóc, nhổ răng, cẩn thận khi cạo râu, nhỏ thuốc mắt, gội đầu.
- Hạn chế quay đầu và thay đổi tư thế, không tập thể dục đòi hỏi di chuyển đầu.
- Buổi sáng dậy, từ từ ngồi dậy và ngồi trên mép giường trong một phút trước khi đứng lên. Tối đi ngủ, từ từ nằm xuống, nếu bệnh nhân quen nằm nghiêng, tránh nằm ngủ bên kích thích gây chóng mặt. Nằm đầu cao, nếu chóng mặt nhiều có thể cần nằm ghé bố để tránh đầu ở tư thế quá ngửa.
- Ít nhất 1 tuần tránh xoay đầu về bên kích thích, kê gối hai bên để tránh lăn khi ngủ.
- Một tuần sau điều trị, tự xoay đầu sang bên gây chóng mặt. Nếu chẩn đoán viêm TK tiền đình cần cho bệnh nhân vận động sớm sau khi bớt chóng mặt.

Bệnh Ménière

Giải thích về bệnh, diễn tiến mạn tính, tăng dần của bệnh, nâng đỡ tâm lý, khuyên bệnh nhân sống lành mạnh, tránh các yếu tố kích thích (rượu, thuốc lá ...),

Điều trị cơn - Điều trị triệu chứng:

Ngoại trú hoặc nội trú nếu triệu chứng nặng.

Nghỉ ngơi tại giường, nơi yên tĩnh,

Benzodiazépine, diazépam IM hoặc PO

Acétyl-leucine (Tanganyl) 500mg TMC 1ống x 1-4 lần/ng hoặc PO 1viên x 3 lần/ng

Métoclopramide (Primpéran) TMC 1ống 10mg x1-3 lần/ng hoặc PO 1viên x3 lần/ng nếu có nôn

Manitol 10% 500ml x2 lần/ng TTM

Điều trị lâu dài:

Betahistine 8mg 1 viên x3 lần/ng trong vòng nhiều tháng

Benzodiazépine, bromazépam (Lexomil) ¼ - ¼ - ½ viên/ngày

Kháng trị → lợi tiểu thiazide liều thấp + chế độ ăn giảm muối

Kháng trị/ thể nặng → phẫu thuật hoặc thủ thuật tiêm aminoside vào tiền đình.

Viêm thần kinh tiền đình

Điều trị cơn:

Nghĩ ngơi tại giường, nơi yên tĩnh, ánh sáng không quá chói

Benzodiazépine, diazépam IM hoặc PO

Acétyl-leucine (Tanganyl) 500mg TMC 1ống x 1-4 lần/ng hoặc PO 1viên x 3 lần/ng

Métoclopramide (Primpéran) TMC 1ống 10mg x1-3 lần/ng hoặc PO 1viên x3 lần/ng nếu có nôn

Tập phục hồi chức năng tiền đình:

Ngay sau khi giảm triệu chứng chóng mặt, nhằm hỗ trợ sự bù trừ

Ngưng thuốc ngủ, rời khỏi giường, tập VLTL.

Các căn nguyên khác

Chuyển theo tùy chuyên khoa

Viêm hòm nhĩ → Tai mũi họng

Swannome tk tiền đình và các u hố sau → Ngoại thần kinh

Nhồi máu não, cơn thoáng thiếu máu não → Nội thần kinh