

*Ban hành kèm theo Quyết định số 182/QĐ- BV ngày 13/3/2014*

## 1. Đại cương

### 1.1. Định nghĩa :

**Chóng mặt thật sự** (vertigo): là ảo giác chuyển động của người hoặc vật xung quanh, ảo giác chuyển động này thường là xoay tròn, nhưng cũng có thể là chuyển động thẳng, hoặc cảm giác nghiêng ngã.

**Choáng váng** (xây xẩm, chao đảo, nhẹ đầu...): là các cảm giác lâng lâng, nhẹ đầu, xây xẩm, tối mắt, chao đảo và đứng không vững...nhưng không có bất kỳ ảo giác chuyển động nào.

### 1.2. Các nguyên nhân chóng mặt

#### 1.2.1. Nguyên nhân trung ương:

- Tổn thương thần kinh (U vùng góc cầu tiểu não)
- Bệnh mạch máu não
- Migraine
- Multiple sclerosis

#### 1.2.2. Nguyên nhân ngoại biên

- Viêm thần kinh tiền đình
- Chóng mặt tư thế kịch phát
- Cholestotoma
- Menier's disease
- Xơ cứng tai
- Rò quanh bạch huyết
- Bệnh tai trong

#### 1.2.3. Phân loại lâm sàng:

- Chóng mặt nguồn gốc trung ương
- Chóng mặt nguồn gốc ngoại biên
- Ngoài ra, các tác giả phân loại chóng mặt trung gian

## 2. CHÓNG MẶT NGUỒN GỐC TRUNG ƯƠNG

### 2.1. Chóng mặt và tổn thương thần kinh (hố sau-thân não)

Chóng mặt liên quan tổn thương thần kinh bao gồm:

- U dây thần kinh VIII
- U màng não
- U sào bào hay (cholesteatoma)

Đặc điểm lâm sàng

- Khởi phát từ từ : đau đầu, chóng mặt, ù tai, cảm giác đầy tai
- Liệt TK VII, VIII (điếc)
- Rối loạn tiền đình, rung giật nhãn cầu (nystagmus)
- Rối loạn tiểu não cùng bên.
- MRI cho chẩn đoán
- Điều trị chủ yếu là phẫu thuật.

## 2.2. Bệnh mạch máu não (cerebrovascular disorders)

Chóng mặt do nguyên nhân mạch máu có khoảng 50% các trường hợp thiếu máu động mạch cột sống thân nền:

- Khi chóng mặt kèm các dấu hiệu thần kinh, tiền đình trung ương, hiếm gặp tiền đình ngoại biên.
- Dấu hiệu thường gặp nhồi máu não, chóng mặt kèm nystagmus, bệnh lý mắt (liệt vận nhãn, mất thị lực hay thị trường một bên)
- Hiếm gặp giảm thính lực
- Điều trị như đột quỵ giai đoạn cấp

**2.2.1 Thiếu máu hoặc nhồi máu động mạch sống nền:** thiếu máu thoáng qua hoặc đột quỵ hệ thống mạch máu sống nền thường phối hợp chóng mặt và thất điều.

**2.2.2. Thiếu máu đôi thị (động mạch màng mạch sau):** chóng mặt có thể đột ngột nhưng thường bệnh nhân không nhận rõ thời khoảng. Chóng mặt mức độ vừa (không có cơn): loạng choạng, xay xảm, bập bênh, quên. Mất thị trường đối bên (kết hợp tác động mạch não sau) rối loạn phản xạ mắt-đầu (ocular tilt). Phản xạ mắt tiền đình bình thường (VOR)

**2.2.3. Tắc động mạch tai trong (internal auditory artery):** chóng mặt tiền đình trung ương do động mạch tai trong bắt nguồn từ động mạch thân nền hay động mạch tiểu não trước dưới

- Chóng mặt kèm:
- Nystagmus (pha nhanh đi xa bên tổn thương)
- Điếc một bên.

**2.2.4. Nhồi máu vùng bên hành não (lateral Medulary infarction):**

Bao gồm các triệu chứng: chóng mặt, buồn nôn, nôn, khó nuốt, nói khàn, nystagmus, hội chứng Horner, thất điều chi, rối loạn cảm giác mặt..

**2.2.5. Nhồi máu tiểu não:**

Lâm sàng bao gồm:

- Chóng mặt
- Thất điều tiểu não và giảm trương lực chi cùng bên
- Triệu chứng khác: buồn nôn, đau đầu, liệt mắt, nói khó
- Triệu chứng nặng : liệt một ½ người, rối loạn ý thức
- CT và MRI là kỹ thuật chẩn đoán có giá trị

**2.2.6. Xuất huyết tiểu não:**

Lâm sàng: đột ngột, chóng mặt, đau đầu kết hợp, hội chứng tiểu não, nystagmus, buồn nôn, rối loạn ý thức, tăng HA

**2.3. Chóng mặt MIGRAINE**

Tiêu chuẩn đề xuất:

- Các triệu chứng tiền đình từng cơn tái phát vừa hoặc nặng, và
- Tiền sử migraine theo tiêu chuẩn của hiệp hội đau đầu quốc tế (International Headache Society - IHS), và
- Một trong các triệu chứng migraine sau đây xảy ra trong ít nhất hai cơn chóng mặt:
  - Đau đầu migraine
  - Sợ ánh sáng (photophobia)
  - Sợ âm thanh (phonophobia)
  - Triệu chứng tiền triệu ánh sáng và các tiền triệu khác

Loại trừ các căn nguyên khác bằng cận lâm sàng.

Các triệu chứng tiền đình bao gồm chóng mặt quay cuồng, ảo giác vận động bản thân và môi trường. Các triệu chứng có thể tự phát, liên quan tư thế hoặc được khởi phát do xoay đầu. Hầu hết các bệnh nhân chóng mặt migraine có triệu chứng tiền đình mà không có triệu chứng thần kinh khác. Điều này giúp phân biệt chóng mặt migraine với các migraine thể thân nền.

**3. CHÓNG MẶT TIỀN ĐÌNH NGOẠI BIÊN**

Nhiều bệnh lý khác nhau có thể gây chóng mặt ngoại biên, nguyên nhân quan trọng nhất là:

- Chóng mặt tư thế kích phát lành tính
- Viêm mê đạo
- Bệnh Ménière
- Chóng mặt áp lực
- Chấn thương và tổn thương đầu cần phẫu thuật

### 3.1. Chóng mặt tư thế kích phát lành tính

*Định nghĩa:*

- Lành tính- không ác tính hay đe dọa sự sống
- Kích phát- đáp ứng tạo ra mãnh liệt, mệt mỏi
- Tư thế- do thay đổi tư thế đầu hay cơ thể
- Chóng mặt- cảm giác vận động, thường mô tả xoay tròn

*Đặc điểm:*

- Tần suất: 80% các trường hợp chóng mặt
- Tuổi : 30-50, nữ thường gặp hơn nam
- Thời gian khoảng cơn 1-2 phút
- Nếu không điều trị bệnh tự khỏi từ vài tuần đến vài tháng. Tỷ lệ tái phát cao (1 năm: 18%, 3 năm: 30%)
- Bệnh nhân thường ngăn ngừa bằng cách tránh tư thế gây ra chóng mặt, “có thể dẫn đến rối loạn chức năng cơ cột sống, giảm chức năng tiền đình hay cả hai”

*Nguyên nhân* là do sự di chuyển cơ học của sỏi tai (otoconia) từ soan nang (utricle) vào trong ống bán khuyên.

#### ***Lâm sàng chóng mặt kích phát tư thế lành tính***

- Hay gặp tuổi 30 - 50.
- Cơn chóng mặt đột ngột xảy ra khi thay đổi tư thế. Chóng mặt quay tròn xảy ra, kéo dài 1- 2 phút và có thể làm cho bệnh nhân cảm thấy buồn nôn nhưng hiếm khi nôn.
- Có có chấn thương đầu .
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên do virus ở giai đoạn sớm dẫn tới tổn thương bên trong mê đạo.

### 3.2. Viêm mê đạo

- Viêm nhiễm của mê đạo do virus hoặc vi khuẩn. Viêm mê đạo do virus có thể xảy ra khi bị cảm cúm hoặc bệnh lý khác như sởi hoặc quai bị.
- Viêm mê đạo vi khuẩn thông thường được gây bởi viêm tai giữa không được điều trị đầy đủ ( nhiễm trùng tai giữa)
- Triệu chứng chính là chóng mặt, những triệu chứng khác có thể là buồn nôn, nôn, mất thính lực, ù tai (reo trong tai)

### 3.3. Bệnh Ménière

Bệnh Ménière ,nguyên nhân chính của chóng mặt là do thiếu cung cấp máu tai trong, dẫn tới làm tăng áp lực nội dịch.

Bệnh hội đủ 3 triệu chứng: chóng mặt, ù tai, mất thính lực (điếc)

Tuổi : 20-50, nam = nữ

Cơn kéo dài : nhiều giờ # 24

Mức độ: rầm rộ và trầm trọng

Cơ chế sinh bệnh: tăng thể tích nội dịch.

### 3.4. Chóng mặt áp lực

Những thay đổi áp lực trong tai giữa có thể kích thích các vành bán khuyên. Ở những người nhạy cảm, tác dụng gây chóng mặt có thể là rất mạnh mà có thể là do khởi phát đột ngột. gặp trong say tàu xe , máy bay

### 3.5. Chóng mặt sau chấn thương và phẫu thuật vùng đầu cổ

Các chấn thương tai trong được gây do phẫu thuật viên phẫu thuật tai giữa, hoặc chấn thương trực tiếp ở đầu , những thay đổi áp lực có thể gây chấn thương, dẫn đến vỡ màng mê đạo .

Thường thì các tổn thương đầu gây nên một dạng chóng mặt mà ở đó cảm giác chuyển động xảy ra chỉ khi đầu ở một vị trí nào đó. Loại chóng mặt này được biết là chóng mặt tư thế. Đặc tính không thể hồi phục của nhiều tổn thương đầu có nghĩa là điều trị thường khó khăn.

## 4. .CHÓNG MẶT TRUNG GIAN

Chóng mặt có nguồn gốc trung gian tương đối không thường gặp.

### 4.1. Viêm thân kinh tiền đình

Do nhiễm trùng virus các sợi của thân kinh tiền đình trong cuống não. Bệnh này có thể đi sau nhiễm trùng đường hô hấp trên. Có cơn chóng mặt nặng, kéo dài

rồi sau đó tan đi trong vòng vài tuần đến vài tháng. Có thể có tái phát, cơn ít nặng hơn sau đó và cảm giác yếu và rối loạn cân bằng.

#### **4.2. Chóng mặt do thuốc**

Một số thuốc có thể gây tổn thương thần kinh thính giác và tiền đình, gây mất thính lực và chóng mặt. Thuốc được biết nhiều nhất gây độc tai là các kháng sinh như Streptomycine, Kanamycine và neomycine...

Những thuốc khác mà có thể gây tổn thương chức năng tai gồm quinine, salicylate (gồm cả aspirine) và lợi tiểu như furosemide, ethacrynicacid và bumetanide.

### **5. KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN**

#### **5.1. Bệnh sử - Khám lâm sàng**

##### **5.1.1. Bệnh sử**

- Choáng váng xây xẩm hay chóng mặt?
- Hằng định hay ngắt quãng?
- Độ dài của triệu chứng (vài giây, phút, giờ, ngày, hay tuần)
- Hoàn cảnh xuất hiện (vd. chấn thương đầu, nhiễm trùng, dùng thuốc...)
- Các yếu tố kích khởi hoặc làm nặng thêm (cử động đầu theo một hướng nào đó, người tiêu đường bỏ bữa, dậy ra khỏi giường ...)
- Diễn tiến của chóng mặt: cải thiện, ổn định, hoặc nặng lên
- Ngất (nếu có thì không phải choáng váng hay chóng mặt)

##### **5.1.2. Các bệnh lý, dấu hiệu, và triệu chứng đi kèm**

- Mới có giảm thính lực hoặc ù tai → do tiền đình
- Nhìn đôi, mới đeo hoặc thay kính, đục thủy tinh thể → do mắt
- Đau, tê hoặc dị cảm bàn chân, yếu hai chân → do cảm giác bản thể
- Yếu thần kinh mặt, tê, cổ gượng, đồng tử không đều, hoặc nhìn đôi → bệnh lý thân não hoặc cấu trúc thần kinh khác
- Đái tháo đường, suy giáp, hoặc bệnh lý tim mạch → thân não hoặc chuyển hoá

##### **5.1.3. Các nghiệm pháp đánh giá hệ thống ốc tai – tiền đình**

- **Hệ thống tiền đình-nhãn cầu**
  - Test phản xạ tiền đình-nhãn cầu: cho nhìn vào một vật ở xa trong khi từ từ xoay đầu theo chiều ngang hoặc dọc. Kết quả bất

thường nếu mắt lệch khỏi mục tiêu sau đó có saccades chỉnh mắt trở lại

- Test lắc đầu: bệnh nhân lắc đầu ngang 10 lần rồi nhìn thẳng, bất thường khi có nystagmus lúc ngưng lắc đầu và bệnh nhân thấy choáng váng
- Nghiệm pháp Hallpike: cho bệnh nhân ngồi lên bàn khám, xoay đầu ngang 45<sup>o</sup> rồi nhanh chóng cho bệnh nhân nằm ngửa xuống sao cho đầu vượt ra ngoài mép bàn và thấp hơn mặt bàn 30<sup>o</sup>. Bất thường là xuất hiện nystagmus ngang-xoay thường sau một khoảng tiềm thời ngắn, và bệnh nhân có lại triệu chứng choáng váng chóng mặt như từng có
- **Hệ thống tiền đình-gai**
  - Test đi nối gót: bệnh nhân đi trên một đường thẳng với gót chân trước chạm mũi chân sau. Kết quả là bất thường khi bệnh nhân đảo đảo và bước lệch đi.
  - Test Romberg: đứng thẳng chụm hai chân, lúc đầu mở mắt sau đó nhắm mắt lại. Kết quả bất thường khi bệnh nhân có thể đứng khi mắt mở nhưng không thể đứng vững khi nhắm mắt.
- **Nystagmus (mô tả theo chiều của pha nhanh)**
  - Pha chậm là kết quả của hoạt động tiền đình bất thường còn pha nhanh là hoạt động của vỏ não để điều chỉnh lại pha chậm
  - Nystagmus do rối loạn chức năng tiền đình tai trong có thể là nystagmus ngang hoặc ngang xoay, xảy ra ở tư thế trung gian hoặc lệch 45<sup>o</sup> khỏi trung tâm và nặng thêm khi không còn định thị
  - Nystagmus do tiền đình trung ương là nystagmus đơn thuần xoay hoặc đơn thuần dọc, kéo dài, và không bị ảnh hưởng bởi định thị
  - Nystagmus do liếc nhìn là nystagmus ngang biên độ thấp, tần số cao, và đối xứng hai bên, thấy được ở cuối tầm liếc ngang ở cả hai hướng, và thường do tác dụng của dược chất như rượu, benzodiazepine, phenytoin, và thuốc an thần
- **Các test nghe**
  - Khám ống tai ngoài với đèn soi tai

- Đánh giá khả năng nghe tiếng nói thầm và tiếng vè ngón tay ở mỗi tai và nghe âm thoa tần số thấp (128Hz)
- Nếu có giảm thính lực, xác định xem đó là điếc thần kinh hay điếc dẫn truyền tai giữa
- **Test kiểm tra điếc**
  - Hai test thông thường được sử dụng để làm điều này là Rinne's test và Weber's test.
- **Rinne's test**
  - Người bị điếc dẫn truyền bị giảm hoặc mất dẫn truyền khí theo đường qua qua ống tai ngoài và màng nhĩ vào tai giữa nhưng dẫn truyền xương vẫn bình thường,
  - Nếu bệnh nhân bị điếc thần kinh, nghĩa là bất thường từ phần tiếp nhận thần kinh ở tai trong trở đi thì sức nghe giảm nhưng dẫn truyền khí vẫn tốt hơn dẫn truyền xương như ở người bình thường.n.
- **Weber's test**
  - Nếu có rối loạn dẫn truyền, thì bệnh nhân nghe tốt hơn ở bên phía tai tổn thương
  - Nếu bệnh nhân bị điếc thần kinh, bệnh nhân sẽ nghe âm rung lệch về phía tai "tốt", hoặc đôi khi cân bằng nhau,

#### 5.1.4. Các khám khác

- Hệ thống cảm giác sâu (bản thể)
  - Khám cảm giác tư thế và rung âm thoa ở hai chân
  - Làm test Romberg và đi nội gót
- Hệ thống thị giác
  - Khám vận nhãn ngoài tầm song thị
  - Khám thị lực đơn giản
  - Khám tìm đục thủy tinh thể
- Thân não và tiểu não
  - Khám các dây sọ (đặc biệt là dây V, VII, và IX)
- Tim mạch
  - Nhịp và tần số tim, các âm thổi
  - Huyết áp lúc nằm và lúc đứng



- Phổi
  - Tần số hô hấp khi nghỉ và khi vận động
  - Nghe phổi

## 5.2. Cận lâm sàng

Trong chóng mặt cũng như các bệnh khác cần các xét nghiệm thường quy để đánh giá chỉ định dùng thuốc

- CTM , Sinh hóa máu đánh giá chức năng gan – thận , ion đồ , một số trường hợp nhồi máu cơ tim gây triệu chứng choáng váng và chóng mặt hay gặp trên lâm sàng nên Troponin I cũng được chỉ định để loại trừ nguyên nhân chóng mặt
- ECG – Siêu âm tim : được chỉ định trong chóng mặt , choáng váng là triệu chứng của bệnh tim mạch
- Hình ảnh học : , Siêu âm mạch máu não ngoài sọ , CT scan não . MRI não được chỉ định trong chóng mặt nguồn gốc trung ương , và để chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán nguyên nhân các trường hợp chóng mặt

## 5.3. Chẩn đoán

### 5.3.1. Chẩn đoán xác định:

Chóng mặt chẩn đoán dựa vào bệnh sử , thăm khám lâm sàng kết hợp với chẩn đoán hình ảnh học mà có chẩn đoán khác nhau như trong phân loại chóng mặt

### 5.3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Ngát nguồn gốc Tim mạch
- Cơ động kinh
- Chóng mặt nguồn gốc chấn thương đầu
- Chóng mặt do bệnh về tai
- Các nguồn gốc tâm lý

## 5.4. Điều trị

### 5.4.1. Nguyên tắc điều trị:

*Có hai phương pháp chính:* Điều trị bằng thuốc và Điều trị hỗ trợ khác

- **Điều trị bằng thuốc:**

*Thuốc chóng nôn:*

Thuốc	Liều, mg	Chú giải
-------	----------	----------

Metoclopramide	10 – 20 (uống) 20 (tọa dược) 10 (TB, DD)	Tác dụng phụ : loạn vận động, chống chỉ định ở trẻ em và thai kỳ.
Promethazine,	25-50 (uống)	Buồn ngủ
Domperidon	20 – 30 (uống)	Có thể dùng cho trẻ em.
Dimenhydrinate	25-50 (uống)	Buồn ngủ

*Thuốc điều trị chóng mặt:*

Thuốc	Liều, mg	Chú giải
Betahistine: 24, 16 và 8	16- 72 (uống)	Tác dụng phụ : loạn vận động, chống chỉ định ở trẻ em và thai kỳ, cũng có hiệu quả giảm đau.
Flunarizine	5-10 (uống)	Không dùng cho BN trầm cảm và Parkinson
Cinnarizine	25-50 (uống)	Như Flunarizine

*Betahistine: Các thuốc kháng histamine chọn thụ thể H1 ở não gây an thần và ức chế quá trình tự bù trừ trung ương (như cinnarizine). Betahistine kích thích H1 receptor thúc đẩy quá trình tự bù trừ trung ương diễn ra nhanh hơn & không gây buồn ngủ. Betahistine không ảnh hưởng thụ thể H2 vì vậy có tỷ lệ tác dụng trên đường tiêu hóa rất thấp.*

Thuốc an thần, làm giảm khả năng diễn giải xung động từ mê đạo và chống nôn:

Flunarizine Chlorpromazine, barbiturate, amitriptyline, antihistamines, cinnarizine

Thuốc làm yên tâm bệnh nhân và làm giảm lo lắng: giải lo âu. Diazepam, Lorazepam,

Hỗ trợ điều chỉnh suy giảm nhận thức tiền đình: Piracetam (Nootropyl)

Flunarizine (Sibelium), Gigobiloba (tanakan, giloba)

*Thuốc ngăn cản nhận thức: alcohol, barbiturates, phenothiazine, antihistaminic. cholinesterase inhibitors, adrenergic agents, atropine, scopolamine)*

- **Các phương pháp khác**

- **Điều trị bệnh lý có liên quan**

Khi chóng mặt có liên quan với một tình trạng bệnh lý nào đó mà có thể điều trị được, thì rõ ràng là rối loạn đó nên được điều trị..

- **Tập luyện**

Tập nhẹ nhàng, nghỉ ngơi và thư giãn đầy đủ. Tuy nhiên bệnh nhân nên được hướng dẫn để tránh những chuyển động đầu đột ngột mà có thể tạo ra cơn chóng mặt

Các chương trình tập luyện đặc biệt đã được phát minh ra cho bệnh nhân bị chóng mặt tư thế. Bài tập này được biết là liệu pháp làm quen hay liệu pháp thích nghi. NP. Epley. (tái định vị sỏi ống bán khuyên sau) Bệnh nhân thực hiện các cử động một cách thông thả, bài tập này được chế ra để đối phó với chóng mặt và “ huấn luyện “ chính bản thân họ để kiểm soát cơn. Lúc đó họ ít bị mất ý thức bởi các cơn chóng mặt.

- **Nên ngưng hút thuốc lá .**

- **Chế độ ăn**

Nên tránh ăn uống nhiều, nên ăn chế độ ăn ít muối, đặc biệt là đối với bệnh nhân Ménière. vì thế có thể góp phần vào phù mê đạo..

- **Phẫu thuật**

Phẫu thuật có thể có giá trị điều trị một số trường hợp chóng mặt.như do chấn thương đầu vỡ xương sọ chèn ép. Phẫu thuật khối u gây chóng mặt có thể hữu ích. Cũng có thể điều trị Ménière bằng phẫu thuật. Mục đích là hủy chúng và như vậy sẽ làm giảm cảm giác chóng mặt, trong khi đó cố gắng bảo tồn chức năng ốc tai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.Robert W Balohn , Neurotology , Seminars in Neurology Volume 29 . November 2009
- 2.Thomas Brandt, Marianne Dieterich ,Michael Strupp , Springer; 2nd ed. 2013 edition (August 26, 2013)