

BÀI 5

CHÓNG MẮT

Mục tiêu

1. Phân biệt chóng mặt ngoại biên và trung ương
2. Trình bày cơ chế sinh lý bệnh của các bệnh chóng mặt thường gặp
3. Biết cách tiếp cận chẩn đoán một bệnh nhân chóng mặt.
4. Chẩn đoán và điều trị các bệnh chóng mặt ngoại biên thường gặp.

1. Đại cương

Chóng mặt là một triệu chứng mà bệnh nhân thường hay than phiền khi đi khám bệnh tại các phòng khám tổng quát cũng như thần kinh.

Khi bệnh nhân than chóng mặt thì bệnh nhân có thể có các triệu chứng sau

Chóng mặt thật sự: đây là ảo giác, bệnh nhân thấy đồ vật xung quanh xoay tròn hay có cảm giác bản thân mình xoay, gặp trong tổn thương hệ thống tiền đình trung ương và ngoại biên.

Cảm giác mất thăng bằng: Bệnh nhân có cảm giác mất thăng bằng nhưng không có ảo giác đồ vật bị xoay, thường gặp do tổn thương tiền đình, tiểu não, cảm giác sâu, thị giác.

Cảm giác muốn té (chóng mặt không điển hình): Thường kèm theo sợ hãi, thường do nguyên nhân tâm lý.

Cảm giác choáng váng: bệnh nhân có cảm giác hoa mắt, xây xẩm, thường do nguyên nhân tim mạch hay tâm lý.

2. Sinh lý bệnh

Chóng mặt xảy ra do sự xáo trộn các cơ chế điều chỉnh thăng bằng của cơ thể cũng như cơ chế xác định vị trí của cơ thể trong không gian.

Các thành phần tham gia vào sự duy trì thăng bằng gồm

- Hệ thống tiền đình

Ngoại biên: tai trong, dây thần kinh VIII.

Trung ương: nhân tiền đình và các phóng chiếu TW.

- Thị giác

- Cảm giác sâu

- Tiểu não

Các thụ thể của hệ thống tiền đình là các tế bào lông tiếp nhận cảm giác gia tốc góc hay gia tốc thẳng của sự di chuyển đầu trong không gian nhờ sự di chuyển tương đối của nội bạch dịch trong các vòng bán khuyên.

Hệ thống tiền đình đáp ứng vận động đầu liên quan tới không gian và trọng lực, gồm 2 cơ quan soan nang và cầu nang cảm giác vận động thẳng và 3 ống bán khuyên cảm giác vận động xoay trong 3 mặt phẳng (không gian).

Thần kinh tiền đình sẽ dẫn truyền thông tin này tới các nhân tiền đình ở cầu não, các nhân này cũng nhận thông tin từ các nhân tiền đình phía đối diện, tiểu não, thông tin về thị giác và cảm giác sâu.

Các nhân này sẽ xử lý các thông tin để

- Điều hòa các phản xạ để giữ thăng bằng của cơ thể.
- Cho vỏ não có thông tin về vị trí của đầu trong không gian.

Mọi sự rối loạn hoặc không đồng bộ các thông tin của hệ thống tiền đình sẽ gây tình trạng chóng mặt và các triệu chứng kèm theo như nôn ói, lay tròng mắt, mất thăng bằng.

3. Tiếp cận chẩn đoán

3.1. Bệnh sử

Tính chất của cơn: phải có đặc tính có ảo giác là đồ vật xoay hoặc bản thân bệnh nhân xoay, điều này rất cần thiết để loại trừ các triệu chứng không phải là chóng mặt thật sự như cảm giác đầu bị hẫng, hoa mắt. Ngược lại, với chóng mặt là các rối loạn này thường do não thiếu máu, thiếu khí, hạ glucose, do kích thích phế vị quá mức, hạ huyết áp tư thế đứng, loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim.

Các yếu tố làm tăng cơn: tư thế đầu, tâm lý.

Các triệu chứng kèm theo: buồn nôn, nôn, ù tai, giảm thính lực, nhức đầu, tê hay yếu chi.

Tiền căn: các bệnh nội khoa, chấn thương, thuốc, tình trạng tâm lý.

Thời gian cơn chóng mặt

Dưới 1 phút: chóng mặt tư thế kịch phát lành tính

Vài phút: cơn thiếu máu động mạch cột sống thân nền

Vài giờ: bệnh Ménière

Vài ngày: viêm thần kinh tiền đình, các tổn thương trung ương như: xơ cứng rải rác, nhồi máu thân não, tiểu não

Trong migraine tiền đình, thời gian chóng mặt thường thay đổi (vài giây đến vài ngày).

3.2. Thăm khám lâm sàng

Nghiệm pháp tăng thông khí

Thở nhanh sâu trong vài phút, trong trường hợp do nguyên nhân tâm lý thì sau khi làm nghiệm pháp bệnh nhân thấy choáng váng.

Tai mũi họng

Quan sát ống tai ngoài và màng nhĩ. Một số trường hợp tắc ống tai ngoài do ráy tai cũng có thể là nguyên nhân gây chóng mặt.

Thính lực: làm hai nghiệm pháp Rinne và Weber, đây là hai nghiệm pháp đơn giản giúp phân biệt giảm thính lực là do tổn thương ở tai (dẫn truyền) hay do thần kinh (tiếp nhận).

Các nghiệm pháp thăm khám chức năng thăng bằng

Nghiệm pháp Romberg: bệnh nhân đứng chụm 2 chân, mở mắt sau đó nhắm mắt. BN chóng mặt có khuynh hướng nghiêng về bên mê đạo tổn thương, nhất là khi nhắm mắt vì không còn tín hiệu bù trừ từ thị giác.

Nghiệm pháp đi hình sao Babinski-Weil: Nghiệm pháp này cho bệnh nhân nhắm mắt đi tới và đi lui năm bước trong năm lần. Nếu giảm chức năng tiền đình một bên bệnh nhân có khuynh hướng lệch về bên bệnh khi tiến lên và lệch theo hướng ngược lại khi lùi ra sau vẽ nên hình ngôi sao.

Các nghiệm pháp phát hiện lay tròn mắt (nystagmus)

Lay tròn mắt hay còn gọi là rung giật nhãn cầu, là hiện tượng vận động bất thường ở mắt xảy ra do rối loạn thăng bằng tại các cơ vận nhãn, đây là một triệu chứng quan trọng vì nó là một triệu chứng khách quan của rối loạn thăng bằng do tổn thương tiền đình.

Lay tròn mắt gồm 2 pha, pha thứ nhất là pha chậm do tổn thương gây ra, pha thứ 2 di chuyển nhanh theo chiều ngược lại do sự điều chỉnh của vỏ não. Tuy nhiên, do pha nhanh dễ nhìn thấy hơn nên quy ước chiều của lay tròn mắt là chiều của pha nhanh.

Lay tròn mắt được phân loại theo hoàn cảnh xuất hiện

- Lay tròn mắt tự phát: lay tròn mắt này xuất hiện khi bệnh nhân nhìn thẳng và đầu ở tư thế bình thường, sự xuất hiện lay tròn mắt chứng tỏ có tổn thương hệ thống tiền đình hoặc tiểu não.

- Lay tròn mắt tư thế: chỉ xuất hiện khi đầu bệnh nhân ở tư thế nhất định và thời gian xuất hiện chừng vài giây, có thể gặp ở người bình thường nhưng trong bệnh chóng mặt tư thế kịch phát lành tính thì rõ ràng và nhiều hơn. Gọi nghiệm pháp này là nghiệm pháp Barany hay Dix-Hallpike. Nghiệm pháp này thực hiện

bằng cách cho bệnh nhân ngồi trên giường quay đầu sang phải sau đó nhanh chóng cho nằm ngửa đầu thấp hơn mặt phẳng ngang một góc 30^0 , quan sát rung giật nhãn cầu và chóng mặt, nghiệm pháp lặp lại với đầu quay bên trái. Không được thực hiện ở những bệnh nhân có âm thổi ở động mạch cảnh.

4. Phân biệt tổn thương tiền đình trung ương và ngoại biên

Bảng 5.1. Tính chất chóng mặt trung ương và ngoại biên

Đặc tính lâm sàng	Trung ương	Ngoại biên
Khởi phát	Âm i, ít khi đột ngột	Đột ngột
Cường độ	Nhẹ, vừa phải	Nặng, rất nặng
Kiểu cơn	Liên tục, thường xuyên	Kịch phát, từng lúc
Buồn nôn, nôn ói	Ít khi	Thường có
Ù tai, giảm thính lực	Hiếm	Thường gặp
Rung giật nhãn cầu	Dọc, xoay đơn thuần Phân ly (chỉ có 1 mắt) Nhiều hướng	Ngang, xoay, không bao giờ theo chiều dọc Một hướng
Thích ứng triệu chứng	Không	Có
Liệt dây sọ	Thường gặp	Không
Hội chứng tiểu não	Thường gặp	Không
Tổn thương TK khu trú	Thường có: yếu liệt chi, liệt dây sọ, nói khó, nuốt khó, nhìn đôi, rối tâm, thất điều, hội chứng Horner, nấc cục	Không

5. Nguyên nhân rối loạn tiền đình ngoại biên

5.1. Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính

5.1.1. Đại cương

Là nguyên nhân thường gặp nhất của chóng mặt ngoại biên, chiếm tới 25-30% trường hợp chóng mặt. Bệnh hay xảy ra sau chấn thương sọ não hay tự phát.

Bệnh thường gặp ở nữ, có thể gặp mọi lứa tuổi nhưng thường gặp >40 tuổi.

5.1.2. Sinh lý bệnh

Do xuất hiện sỏi kênh thính giác, hay còn được gọi là thạch nhĩ, các thạch nhĩ này bình thường nằm trong soan nang, có lẽ tình trạng lão hóa làm di chuyển tới

các vòng bán khuyên, kích thích các ống bán khuyên này, do đó gây nên triệu chứng chóng mặt khi thay đổi tư thế của đầu.

5.1.3. Lâm sàng

Các cơn chóng mặt thường xuất hiện khi thay đổi tư thế đầu, nhưng thường nặng nhất là khi nằm nghiêng về 1 bên với tai thương tổn nằm phía dưới, không kèm ù tai hay giảm thính lực. Đợt chóng mặt điển hình kéo dài vài tuần và rồi tự hết, trong một số trường hợp lại tái phát. Một số trường hợp bệnh nhân có tiền căn chấn thương sọ não.

Khi làm nghiệm pháp Dix-Hallpike thì sau khoảng 10 giây bệnh nhân có triệu chứng chóng mặt, rung giật nhãn cầu. Hiện tượng này xảy ra khi bệnh nhân xoay đầu về phía tai bệnh

5.1.4. Điều trị

Dùng thuốc ức chế tiền đình.

Anti histamin: Meclizine, Hydroxyzine, Dimenhydrinate

Anti cholinergic: Scopolamine dán

Benzodiazepine: Diazepam, Lorazepam, Clonazepam

Ức chế calci chọn lọc: Flunarizine, Cinnarizine

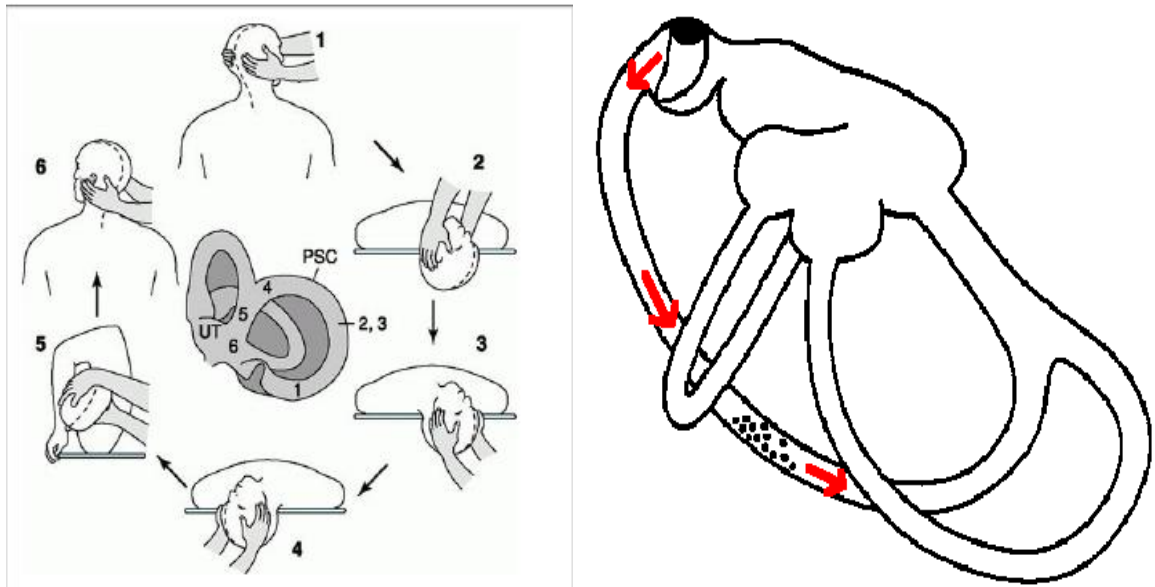
Thuốc chống nôn

Nghiệm pháp tái định vị sỏi tai: làm các thạch nhũ trở về lại các soan nang và có thể được hấp thu tại đây.

Phục hồi tiền đình

Thuốc: Betahistine

Tập luyện chức năng tiền đình



Hình 5.1. Nghiệm pháp tái định vị sỏi tai Epley

Nguồn: Allan H. Ropper (2014), *Principle of Neurology*, 10th Edition

Số 1 tới số 6 phản ánh 2 tư thế của bệnh nhân và vị trí của mảnh vụn tương ứng trong mê đạo. Bệnh nhân ngồi và quay đầu 45 độ về bên phải (1), đưa đầu xuống thấp đột ngột dưới mặt phẳng ngang (2), người khám giữ tư thế (3), đầu xoay nhanh 90 độ sang trái, giữ đó 30 giây (4), bệnh nhân xoay nghiêng về bên trái mà không quay đầu và giữ trong 30 giây (5), cho bệnh nhân ngồi với đầu vẫn còn quay qua trái 45 độ.

5.2. Bệnh Ménière

Là tình trạng ứ nội bạch dịch trong các vòng bán khuyên, bệnh biểu hiện bởi các cơn chóng mặt kèm theo ù tai, tái phát trong nhiều năm và có thể làm giảm thính lực.

Bệnh thường gặp tuổi trưởng thành, tỉ lệ nam và nữ như nhau.

Bệnh nhân có những cơn chóng mặt khởi phát với triệu chứng nặng tai, ù tai và giảm thính lực một bên tai. Sau đó là cơn chóng mặt, nôn ói và mất thăng bằng kéo dài từ vài phút tới vài giờ. Sau khi bớt chóng mặt thính lực trở về bình thường. Tuy nhiên, nếu bị nhiều cơn thính lực bên tổn thương sẽ giảm dần.

Bình thường bệnh tái phát sau 1 thời gian và 1/3 trường hợp sẽ bị cả 2 tai.

Điều trị: hạn chế muối, thuốc ức chế tiền đình, chống nôn, lợi tiểu (hydrochlorothiazide, acetazolamide)

5.3. Viêm thần kinh tiền đình

Viêm thần kinh tiền đình do siêu vi: sốt cao kèm chóng mặt nặng nề nhưng nghe vẫn bình thường.

Viêm thần kinh tiền đình do vi trùng: bệnh cảnh nhiễm trùng kèm theo chóng mặt và nghe kém.

5.4. Chấn thương

5.5. Nhiễm độc tiền đình

Nhiều thuốc, chất gây ra chóng mặt do thương tổn tiền đình như: Rượu, Aminoglycoside, Salicylat liều cao, Quinin, Cisplastin.

6. Nguyên nhân rối loạn tiền đình trung ương

6.1. Thiếu máu động mạch cột sống, thân nền.

Hệ động mạch cột sống thân nền gây chóng mặt thường gặp người già, sự chóng mặt do thiếu máu mê đạo, thân não hay cả hai thì chưa rõ.

Thiếu năng vùng động mạch cột sống thân nền thường do XVĐM, cột sống, thân nền, do hạ huyết áp tư thế, cơn Stokes Adams hay do thoái hóa cột sống cổ gây chèn ép.

6.2. Nhồi máu động mạch cột sống, thân nền (xem thêm bài đột quy)

Tắc động mạch tai trong
Nhồi máu vùng hành tủy bên
Nhồi máu tiểu não

6.3. U hố sau: U di căn, u tế bào hình sao, u thần kinh thính giác...

6.4. Xơ cứng rải rác (MS)

6.5. Migraine tiền đình

Câu hỏi lượng giá

Câu 1. Hệ thống thăng bằng cơ thể bao gồm

- A. Hệ thống tiền đình tai trong
- B. Hệ thống tiếp nhận cảm giác sâu
- C. Hệ thống thị giác theo dõi chuyển động cơ thể
- D. Phối hợp các hệ thống trên

Câu 2. Đặc điểm không thích ứng là triệu chứng của

- A. Chóng mặt có nguồn gốc ngoại biên
- B. Chóng mặt có nguồn gốc trung ương
- C. Chóng mặt có nguồn gốc tai trong
- D. Chóng mặt có nguồn gốc hỗn hợp

Câu 3. Chóng mặt kịch phát lành tính theo tư thế thường xảy ra do

- A. Do sau chấn thương
- B. Do rối loạn tuần hoàn não
- C. Do nhiễm trùng
- D. Do dị ứng

Câu 4. Chóng mặt trên bệnh nhân đột quy có thể gợi ý tổn thương vùng nào?

- A. Vùng thân não
- B. Bán cầu
- C. Vùng hố sau
- D. Thùy trán

Câu 5. Định nghĩa nào sau đây về chóng mặt là đúng

- A. Là ảo giác, bệnh nhân thấy đồ vật xung quanh xoay tròn.
- B. Là ảo giác, bệnh nhân có cảm giác bản thân mình xoay.
- C. Là ảo giác, bệnh nhân thấy đồ vật xung quanh xoay tròn hay có cảm giác bản thân mình xoay và luôn có triệu chứng thất điều kèm theo.
- D. Là ảo giác, bệnh nhân thấy đồ vật xung quanh xoay tròn hay có cảm giác bản thân mình xoay.

Câu 6. Triệu chứng nào gợi ý chóng mặt do tổn thương tiền đình ngoại biên

- A. Û tai, giảm thính lực, rung giật nhãn cầu về một hướng.
- B. Thất điều, ù tai, giảm thính lực.
- C. Dấu hiệu tổn thương bó tháp, ù tai, giảm thính lực.
- D. Yếu liệt chi, ù tai, giảm thính lực.