

Chóng mặt ở người cao tuổi: tiếp cận chẩn đoán và điều trị

PGS.TS Cao Phi Phong

Tóm tắt

Chóng mặt ảnh hưởng đến một phần năm số người trên 65 tuổi và có liên quan đến chi phí chăm sóc sức khỏe đáng kể. Nguyên nhân nghiêm trọng gây chóng mặt được tìm thấy ở 20% bệnh nhân trên 50 tuổi. Cách tiếp cận bệnh nhân cao tuổi bị chóng mặt là một thách thức, thăm khám và xét nghiệm chẩn đoán có độ nhạy dưới mức tối ưu. Nguy cơ biến cố mạch máu cao hơn trong 30 ngày đầu so với sau đó, thường một số chẩn đoán bị bỏ sót. Thuốc và phục hồi chức năng tiền đình có thể là lựa chọn điều trị cho chóng mặt, nhưng dữ liệu về hiệu quả của chúng ở bệnh nhân cao tuổi còn thiếu. Tổng quan này đánh giá chóng mặt và cách điều trị ở bệnh nhân cao tuổi khác với ở người trẻ tuổi.

Định nghĩa hoa mắt chóng mặt

Thuật ngữ “dizziness” tạm dịch “hoa mắt chóng mặt”, gồm các triệu chứng liên quan đến rối loạn định hướng không gian và nhận thức chuyển động, chẳng hạn như ảo giác về chuyển động quay (chóng mặt quay) hoặc cảm giác không ổn định, có thể ảnh hưởng khách quan đến khả năng ổn định nhìn chăm chú, tư thế và dáng đi. **Drachman và Hart (1972) mô tả hoa mắt chóng mặt 4 loại:** (1) chóng mặt (vertigo), (2) tiền ngất, choáng váng (presyncope), (3) mất thăng bằng (disequilibrium) và (4) các loại hoa mắt chóng mặt khác. Có thể kích hoạt hoặc trở nên xấu hơn khi đi bộ, đứng lên hoặc di chuyển đầu, có thể kèm buồn nôn cần phải ngồi hoặc nằm. Căn kéo dài vài giây hoặc vài ngày và có thể tái diễn.

Chóng mặt (vertigo)

Ảo giác về chuyển động: tự chuyển động hoặc chuyển động môi trường xung quanh

- Xoay với cảm giác quay tròn té ngã hoặc lắc lư qua lại
- Phân nửa bệnh nhân hoa mắt chóng mặt có triệu chứng chóng mặt

Căn nguyên chóng mặt

Mất cân bằng của hệ thống tiền đình: tai trong, thân não hay tiểu não

- Ưu thế khi mất đối xứng cấp
- Thường gặp:

chóng mặt kịch phát tư thế lành tính,

tai biến mạch máu não,

viêm mê đạo cấp

viêm thần kinh tiền đình

thuốc

Tiền ngất (presyncope)

- Cảm giác sắp ngất hoặc mất ý thức
- Cơ thiếu máu não lan rộng tạm thời
- Đổ mồ hôi, xanh xao, thu nhỏ thị trường ngoại vi

Nguyên nhân thường gặp

Cơ vasovagal

Hạ huyết áp tư thế

Loạn nhịp, suy tim ứ huyết

Carotid sinus sensitivity

Hạ đường huyết

Mất cân bằng(disequilibrium)

- Mất cân bằng: mất ổn định tư thế liên quan đến chi dưới và thân
- Chóng mặt không hiện diện

Tổn thương hệ thống kiểm soát vận động:

tiền đình tửu sống

cảm giác sâu

thị giác

tiểu não

Nguyên nhân thường gặp

đột quy

bệnh lý thần kinh ngoại biên

bệnh lý tiểu não

tổn thương tiền đình nặng

Chóng mặt không đặc hiệu, nguồn gốc tâm lý(psychogenic)

- Chóng mặt không thể phân loại thành các loại trước đó
- Không tìm thấy khu trú hay thực thể
- Mạn tính

Nguyên nhân phổ biến

Tăng thông khí(Hyperventilation)

Rối loạn lo âu toàn thể(Generalized Anxiety Disorder), rối loạn trầm cảm chủ yếu (Major depressive disorder)

Rối loạn dạng cơ thể(Somatization disorders)

Lạm dụng chất(Substance abuse)

Lão hóa cấu trúc tiền đình

Tất cả các cấu trúc liên quan đến chức năng tiền đình đã được chứng minh là thoái hóa theo tuổi tác, nhưng khởi phát và thời gian khác nhau. Số lượng tế bào lông cảm giác tiền đình giảm từ sơ sinh đến tuổi già khoảng 6% mỗi thập kỷ. Các tế bào lông trong các ống bán khuyên thoái hóa sớm hơn và ở mức độ lớn hơn các tế bào lông trong cơ quan sỏi tai (maculae of the otolith organs). Ở người lớn hơn 70 tuổi, mật độ tế bào lông giảm 40% ở ống bán khuyên(cristae of the canals), so với 24% ở cầu nang (sacculle) và 21% soan nang (utricle) . Ngoài việc mất tế bào, những thay đổi về hình thái và chức năng đã được chứng minh trong các tế bào còn lại. Các sợi hướng tâm (primary vestibular afferents), chủ yếu là các sợi myelin lớn, thoái hóa từ tuổi trung niên trở đi. Khoảng 35% đường hướng tâm vẫn còn ở độ tuổi 70 đến 85. Các đường hướng tâm không đồng đều có đường kính lớn và vận tốc dẫn truyền nhanh bị thoái hóa mức độ lớn hơn so với các đường hướng tâm đồng đều. Một số nghiên cứu sau khi khám nghiệm tử thi cho thấy sự suy giảm số lượng tế bào hạch Scarpa bắt đầu ở tuổi 30 với mức giảm mạnh từ 60 tuổi trở đi. Các tế bào thần kinh trong nhân tiền đình giảm khoảng 3% mỗi thập kỷ từ 40 đến 90 tuổi. Các tế bào liên quan đến sự ức chế đầu vào tiền đình cũng giảm, ví dụ, thể tích tiểu não và mật độ tế bào Purkinje trong thùy giun. Nói chung, sự suy giảm tế bào lông bắt đầu sớm và tiếp tục với tốc độ không đổi trong suốt cuộc đời, trong khi suy giảm thần kinh tiền đình và tế bào thần kinh trung ương bắt đầu vào khoảng giữa cuộc đời, tăng tỷ lệ ở tuổi già. Mất tế bào lông ngoại biên được bù một phần bằng cách tăng độ nhạy của cấu trúc tiền đình trung ương

Lão hóa chức năng tiền đình

Mặc dù chóng mặt và dáng đi không ổn định là phổ biến ở người cao tuổi, các test về chức năng tiền đình cho thấy những thay đổi liên quan đến tuổi tác. Test chức năng phản xạ tiền đình-mắt (VOR) như test nhiệt và test video lắc đầu cho thấy rất ít thay đổi theo tuổi. Sự suy giảm chức năng VOR bắt đầu trên 75 tuổi.

Một câu hỏi liên quan đến lão hóa là *“phân biệt rối loạn chức năng tiền đình liên quan đến quá trình lão hóa bình thường hoặc biểu hiện bệnh lý ?”*

Một quan niệm sai lầm phổ biến về điều trị bệnh nhân cao tuổi là hoa mắt chóng mặt là một phần của lão hóa bình thường và do đó, không thể điều trị được. Điều này chắc chắn là không đúng sự thật. Bệnh nhân lớn tuổi với các nguyên nhân gây chóng mặt có thể điều trị ví dụ chứng chóng mặt tư thế lành tính (BPPV), thường sẽ trải qua thời gian dài hơn của các triệu chứng trước khi có được chẩn đoán.

Chẩn đoán hoa mắt chóng mặt người cao tuổi

Đặc điểm

- Không chỉ có đơn thuần một loại (nhiều nguyên nhân: chóng mặt, mắt thăng bằng, tiền ngất.....)
- Chóng mặt không đặc hiệu(it quay) và không ổn định so với bệnh nhân trẻ tuổi, chẩn đoán phức tạp.
- Mất cân bằng: các rối loạn cân bằng tiến triển liên quan lão hóa, lành tính, bệnh lý cơ xương khớp đi kèm
- Tỷ lệ lưu hành của nó đạt tới 30% sau 60 tuổi, tăng lên 50% sau 85 tuổi
- Vấn đề dự báo té ngã ở người cao tuổi, nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do tai nạn trên 65 tuổi
- Phân biệt chóng mặt cấp do đột quỵ đe dọa tính mạng, nguy cơ tăng theo tuổi tác

Bệnh sử

Có được một bệnh sử lâm sàng tốt là một nhiệm vụ khó khăn, triệu chứng mơ hồ, không phù hợp hoặc mô tả mâu thuẫn. Không có triệu chứng nào có thể dự đoán cụ thể nguyên nhân, và hầu hết có nhiều hơn một nguyên nhân và khác nhau đối với nhóm tuổi lớn hơn, hầu hết chóng mặt là không tiền đình và có thể có cả tiền đình.

Khi hỏi bệnh sử bệnh nhân lớn tuổi, cần người thân hoặc thành viên gia đình hỗ trợ. Các bác sĩ lâm sàng nên hỏi về thuốc, các loại thuốc thường được liên kết với chóng mặt:

- (1) chống co giật,
- (2) chống trầm cảm, chống lo âu,
- (3) an thần, bao gồm thuốc ngủ
- (4) giảm đau mạnh,
- (5) giãn cơ,
- (6) chống loạn nhịp.

Cận lâm sàng

Quyết định về việc có hay không test tiền đình phụ thuộc

- tình trạng bệnh nhân,
- chuyên môn lâm sàng,
- phương tiện trong phòng xét nghiệm

Các xét nghiệm: hematocrit, glucose, điện giải, BUN, Vitamin B12, axit folic và TSH bệnh nhân bị chóng mặt mãn tính

Chẩn đoán hình ảnh

Triệu chứng thần kinh

- Các yếu tố nguy cơ bệnh mạch máu não.
- Mất thính giác tiến triển một bên.
- MRI thích hợp hơn CT.

Test tại giường

- h-HIT, và test Romberg được sử dụng để sàng lọc đơn giản, chi phí thấp và nhanh chóng.
- Test giật nhãn cầu và kiểm tra thị lực
- Test hạ huyết áp tư thế, cảm giác vị trí khớp và rối loạn dáng đi cũng có thể góp phần đánh giá các thành phần không phải tiền đình

Các xét nghiệm chuyên sâu như:

electronystagmography,

kiểm tra ghế xoay(rotational chair testing),

postugraphy

không thường xuyên cần thiết trong việc đánh giá chóng mặt.

ECG: Nếu nghi ngờ nguyên nhân tim, Holter trong rối loạn nhịp tim

Audiometry: trong ù tai và giảm thính lực để phân biệt giữa bệnh Ménière và u thần kinh (Acoustic neuroma)

Chẩn đoán chóng mặt cấp

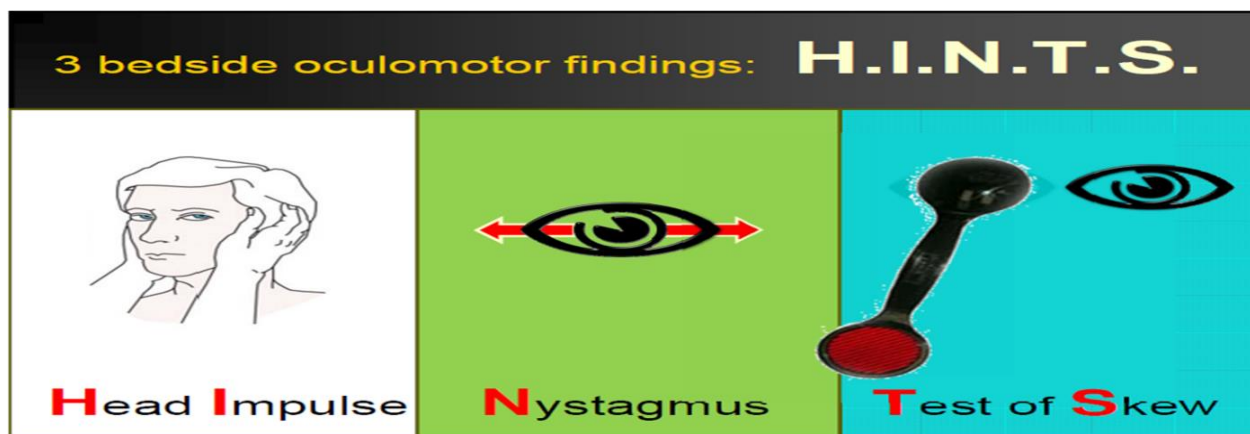
Cấp tính khi chóng mặt liên tục kéo dài vài ngày đến tuần, buồn nôn hoặc nôn với giật nhãn cầu, bệnh nhân xấu đi với thay đổi vị trí. Hai dạng: Sau tiếp xúc thuốc (chống động kinh...), tự phát (viêm dây thần kinh tiền đình, đột quỵ, MS...)

Yêu cầu test HINTS loại trừ đột quỵ là rất quan trọng, đặc biệt ở người cao tuổi

Protocol HINTS có thể được thực hiện tại giường, với độ nhạy và độ đặc hiệu cao

- *test lắc đầu,*
- *rung giật nhãn cầu*
- *lệch nghiêng*

Kiểm tra vận nhãn tại giường ba bước này cho thấy độ nhạy tốt hơn so với chụp cộng hưởng từ sớm (MRI). MRI có thể cho kết quả âm tính giả trong đột quỵ sống nền và không phải lúc nào cũng có sẵn.



Chóng mặt mãn

Chóng mặt trong hơn 1-2 tháng, phổ biến người lớn tuổi, có nhiều nguyên nhân. Các yếu tố nguy cơ: Đau thắt ngực, MI, đột quy, viêm khớp, đái tháo đường, ngất, lo âu, triệu chứng trầm cảm, mất thính giác, sử dụng thuốc. Nguyên nhân đa yếu tố, tiếp cận nhiều mặt để can thiệp

Các bước chẩn đoán

1. Chóng mặt cấp

HINTS (+) xử trí như hội chứng tiền đình cấp

2. Chóng mặt cấp HINTS (-), không cấp tính

3. Test Dix- Hallpike

- (+) tái định vị sỏi tai: hết xuất viện, không hết tái khám thần kinh

- (-) khám thần kinh

a. test HIT, dáng đi, Fukuda, Utenberger

b. vHIT, VEMP(Vestibular evoked myogenic potential), posturography

c. Đánh giá nguy cơ té ngã: posturography score, giảm chức năng tiền đình không đối xứng

d. tóm tắt mất cân bằng: hướng dẫn phục hồi chức năng

Nguyên nhân hoa mắt chóng mặt người cao tuổi

Liên quan đến nguyên nhân chóng mặt ở người cao tuổi so với trẻ tuổi như sau:

- (1) nguyên nhân thường gặp vẫn còn phổ biến,
- (2) thiếu hụt nhiều cảm giác,
- (3) nguyên nhân đa yếu tố,
- (4) mất cân bằng của lão hóa thứ phát với bệnh lý vi mạch
- (5) chóng mặt liên quan đến chứng đau nửa đầu rất ít gặp,
- (6) yếu tố tâm lý là nguyên nhân chính gây hoa mắt chóng mặt là ít gặp.

Nguyên nhân thường gặp

1. Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính(BPPV)

Phóng thích sỏi tai (otoconia) ở tai trong tăng theo tuổi.

- sỏi tai ít đậm đặc,
- kích thước lớn hơn,
- khả năng tái sinh giảm

Tỷ lệ mới mắc và lưu hành tăng, biểu hiện không điển hình, không có triệu chứng chủ quan (đặc biệt nguyên nhân đa yếu tố)

Người lớn tuổi mắc BPPV cũng có thể mất ổn định tư thế nhiều hơn người trẻ tuổi. Ngoài ra, có thể không phân rã về chóng mặt ngay cả khi đang chóng mặt tư thế và giật nhãn cầu. Do đó, cần phải thực hiện thao tác Dix- Hallpike ở tất cả các bệnh nhân chóng mặt cao tuổi

Điều trị BPPV có thể thách thức hơn vì sự hiện diện của gù cột sống (kyphosis) và giảm chuyển động cột sống cổ. Người cao tuổi là cũng có nhiều khả năng có sự tổn thương mạch máu lớn. Cần thận trọng thực hiện bài tập ngửa cột sống cổ ở những người có tiền sử tổn thương động mạch sống nền hoặc tiền sử đột quỵ

2. Suy giảm chức năng tiền đình hai bên

Suy giảm chức năng hai bên của tiền đình ngoại biên

- Đi lại không vững chắc, muồn ngã, tăng trong tối và trên mặt đất không bằng phẳng
- Nhìn dao động (oscillopsia), do rối loạn chức năng VOR

50% trường hợp không rõ nguyên nhân

Nguyên nhân

- nhiễm độc tai do thuốc (aminoglycoside)
- rối loạn tai trong (bệnh Menière hai bên)
- bệnh đa dây thần kinh
- rối loạn tiểu não

Chẩn đoán

- bệnh sử: chóng mặt, dáng đi không ổn định
- thiếu hụt VOR hai bên trong HIT
- rối loạn thăng bằng rõ khi nhắm mắt (thiếu kiểm soát thị giác) hoặc đi chậm (tích hợp cảm giác bị suy giảm)

Điều trị:

- mục tiêu tập luyện hoạt động dáng đi và ổn định tư thế
- tập luyện tiền đình cải thiện về phản xạ tiền đình mắt và tiền đình tùy trong điều hòa tư thế.

3. Chóng mặt thể đứng (Orthostatic dizziness)

Thường gây ra bởi thuốc (huyết áp) hoặc uống không đủ nước,

Nguyên nhân mạch máu (mạch máu lớn - và bệnh lý vi mạch)

4. Chóng mặt trung ương

Rối loạn tiền đình trung ương: hành tủy, nhân vận nhãn và trung tâm ở não giữa và tiểu não, đồi thị và vỏ não.

Tổn thương cấp như thiếu máu cục bộ có triệu chứng cấp tính.
Các bệnh thoái hóa thần kinh mãn tính xảy ra ở lớn tuổi

- hội chứng Parkinson,
- rối loạn tiểu não,
- tràn dịch não áp lực bình thường

Chóng mặt và mất ổn định dáng đi là triệu chứng đầu tiên.

Điều trị chóng mặt trung ương

- tùy thuộc vào nguyên nhân.
- rối loạn tiểu não vật lý trị liệu nhắm mục tiêu với tập luyện cân bằng
- điều trị bằng thuốc khi có triệu chứng - ví dụ acetyl-DL-leucine.

5. Thiếu máu động mạch sống nền

Chẩn đoán thường dựa vào triệu chứng thân não: nhìn đôi, nói khó, yếu, thất điều dáng đi hay thân, tăng trương lực cơ, tăng phản xạ và vụng về chi
MRI / MRA - Điều trị bao gồm điều trị kháng tiểu cầu và giảm các yếu tố nguy cơ đối với bệnh mạch máu não.

6. Nhồi máu/xuất huyết tiểu não

Đột ngột chóng mặt dữ dội kéo dài kèm theo buồn nôn và ói mửa.

Bất thường về dáng đi

Bệnh nhân té ngã về phía tổn thương

Thông thường bệnh nhân cao tuổi (> 60 tuổi) có yếu tố nguy cơ mạch máu

7. Không ổn định dáng đi và té ngã

Tốc độ đi bộ giảm, khoảng 1% mỗi năm sau 60 tuổi, do lão hóa
Dáng đi không ổn định ở tuổi già bao gồm suy giảm chức năng:

- hệ thống cảm giác,
- dự trữ nhận thức
- dự trữ vận động.

Kiểm soát cảm giác của việc đi bộ, thường bị suy yếu ở người cao tuổi, đặc biệt đi chậm và ít liên quan đến việc đi nhanh, tự động

Thay đổi dáng đi tăng lên, đi chậm nguy cơ té ngã sẽ tăng lên

Thông thường, đi bộ là tự động và đòi hỏi ít chú ý, người cao tuổi:

- kiểm soát não của việc đi bộ tăng lên
- sự tương tác cảm giác trung ương suy giảm và bệnh nhân bị chóng mặt.

Sự tương tác giữa cân bằng và nhận thức ở trường hợp sa sút tâm thần (NC cho thấy dáng đi không ổn định yếu tố dự báo)

8. Sợ té ngã

Từ 21 đến 85%.

Nguyên nhân sợ té tuổi già có thể là sự tương tác giữa các hệ thống cảm giác, ví dụ, giữa hệ thống thị giác và tiền đình.

Liệu pháp tập luyện thể chất có thể làm giảm nỗi sợ ngã trong thời gian ngắn, nhưng cho đến nay, bằng chứng về tác dụng tích cực lâu dài không có

Điều trị

Điều trị bệnh cụ thể, tái định vị sỏi tai cho bệnh BPPV và phục hồi chức năng cho bệnh suy giảm tiền đình.

Tuy nhiên, cần phải xem xét đặc biệt cho người cao tuổi, nghi ngờ cao BPPV.

Trường hợp không rõ ràng, điều trị nên được ưu tiên, giảm dần triệu chứng và sự an toàn và đơn giản thao tác tái định vị.

Trong các hội chứng cấp tính, đột quy phải luôn được loại trừ bởi test HINTS.

Thuốc ức chế tiền đình nên được giảm dần nhanh chóng do tác dụng ức chế bù trừ trung ương.

Mặc dù steroid đã được chứng minh giảm sự mất chức năng theo thời gian, nhưng không góp phần làm giảm triệu chứng cấp tính.

Tác dụng phụ của steroid, cần thận trọng khi dùng, đặc biệt là ở nhóm tuổi này

Khuyến cáo hiện nay nên bắt đầu **phục hồi chức năng tiền đình** (VR) càng sớm càng tốt sau khi mắc hội chứng tiền đình cấp tính.

VR hoạt động như một chất xúc tác và tăng cường bù trừ trung ương trên cơ sở ba nguyên tắc:

- *thích ứng (sắp xếp lại VOR),*
- *thay thế (tăng cường các thành phần cân bằng không tiền đình)*
- *thói quen (tăng ngưỡng cảm giác).*

Chóng mặt mãn tính (viêm dây thần kinh tiền đình, bệnh tiền đình hai bên) VR có kết quả tốt sự độc lập và chất lượng cuộc sống, cần điều trị lâu dài và tích cực hơn.

VR được chỉ định trong presbystasis(mất cân bằng do lão hóa),

- *giảm triệu chứng*
- *giảm nguy cơ té ngã.*
- *thiếu hụt về sức cơ chi dưới, điều trị cụ thể hướng đến rối loạn chức năng vận động*

Bệnh nhân thiếu ổn định tư thế sẽ tập trung vào tư thế và dáng đi.

Sử dụng Internet và thiết bị di động để tuân thủ điều trị và thực hiện các bài tập phục hồi chức năng tại nhà.

Phương pháp điều trị cải thiện cân bằng khác bao gồm

- *các thiết bị phản hồi sinh học(biofeedback devices)*
- *vai trò của cấy ghép tiền đình đang bắt đầu được khám phá*

Kết luận

Chóng mặt ở người cao tuổi là một chủ đề khó khăn, cơ bản suy yếu tiền đình do lão hóa (presbystasis).

Chẩn đoán và điều trị đa hệ thống và hướng đến thị giác, cảm giác sâu và hệ thống tiền đình.

BPPV và đột quy (đặc biệt là trong các hội chứng cấp tính) luôn luôn được xem xét

Các test tiền đình hiện tại cho phép mô tả đầy đủ chức năng cân bằng và thiếu hụt, trở nên hữu ích như một hướng dẫn để lập kế hoạch điều trị bệnh lý nguyên nhân đặc hiệu hoặc presbystasis.

VR nên được xem xét ở người cao tuổi, khi không có rối loạn cân bằng hợp lý nào khác bị nghi ngờ, để điều trị chứng rối loạn tiền đình có thể có triệu chứng.

Những thách thức trong tương lai bao gồm việc xác định thêm các tổn thương tiền đình và các lựa chọn VR cụ thể, để đạt được liệu pháp ngắn nhất và hiệu quả nhất

Nghiên cứu cũng nên tập trung vào các nỗ lực dự phòng để tránh té ngã.