

Cập nhật điều trị chóng mặt tư thế kịch phát lành tính

PGS.TS Cao Phi Phong

2022



Chóng mắt tư thế kịch phát lành tính

BPPV | BENIGN PAROXYSMAL
POSITIONAL VERTIGO



20%
OF VERTIGO CASES ARE BPPV

BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO (BPPV)

Định nghĩa

Lành tính—không đe dọa sự sống

Kịch phát—khởi phát đột ngột

Tự thể—do thay đổi tư thế đầu

Chóng mặt—cảm giác vận động, thường mô tả xoay tròn

(BPPV thể chóng mặt xoay tròn (vertigo) thường gặp nhất, rối loạn tiền đình tai trong)

BPPV: Cái gì biết và chưa biết ?

- ❑ Phổ biến, ít nghiêm trọng, đôi khi đáng sợ.
- ❑ Chẩn đoán và điều trị dễ dàng, hài lòng ngay lập tức.
- ❑ Cơ chế bệnh sinh được giải thích , nhưng vẫn còn nhiều điểm chưa biết.
- ❑ Phải cảnh giác với những tổn thương não ít gặp.

-
- ❑ Tỷ lệ hiện mắc 1 năm là **1,6%** và mới mắc là **0,6%**
 - ❑ BPPV phổ biến nhất ở phụ nữ cao tuổi, cao nhất ở độ tuổi 60, ít hơn dưới 40 tuổi, hiếm gặp ở trẻ em
 - ❑ Tỷ lệ nữ trên nam là 2,4: 1.

- ❑ BPPV tự giới hạn, thuyên giảm vài ngày đến vài tuần, tái phát hàng năm **15–20%**
- ❑ Khoảng **80%-90%** BPPV ống sau (PC). 5 đến 10% cả hai PC, 90% là sau chấn thương.
- ❑ Khoảng 15 đến 20% BPPV ống ngang (HC),

Gánh nặng chi phí

Một ca

- ❑ Chẩn đoán BPPV ước tính 2.000 đô la Mỹ ở Hoa Kỳ, 2 tỷ đô hàng năm
- ❑ 4165,2 Nhân dân tệ (~ 600 đô la Mỹ) ở Trung Quốc
- ❑ 180 đô la Mỹ tại Hàn Quốc



MOST CASES OF BPPV OCCUR IN
OLDER PEOPLE OR ARE DUE TO
TRAUMA



BENDING, TURNING OR ROLLING IN BED PROVOKE BRIEF
SPELLS OF VERTIGO (SPINNING) LASTING LESS THAN
2 MINUTES

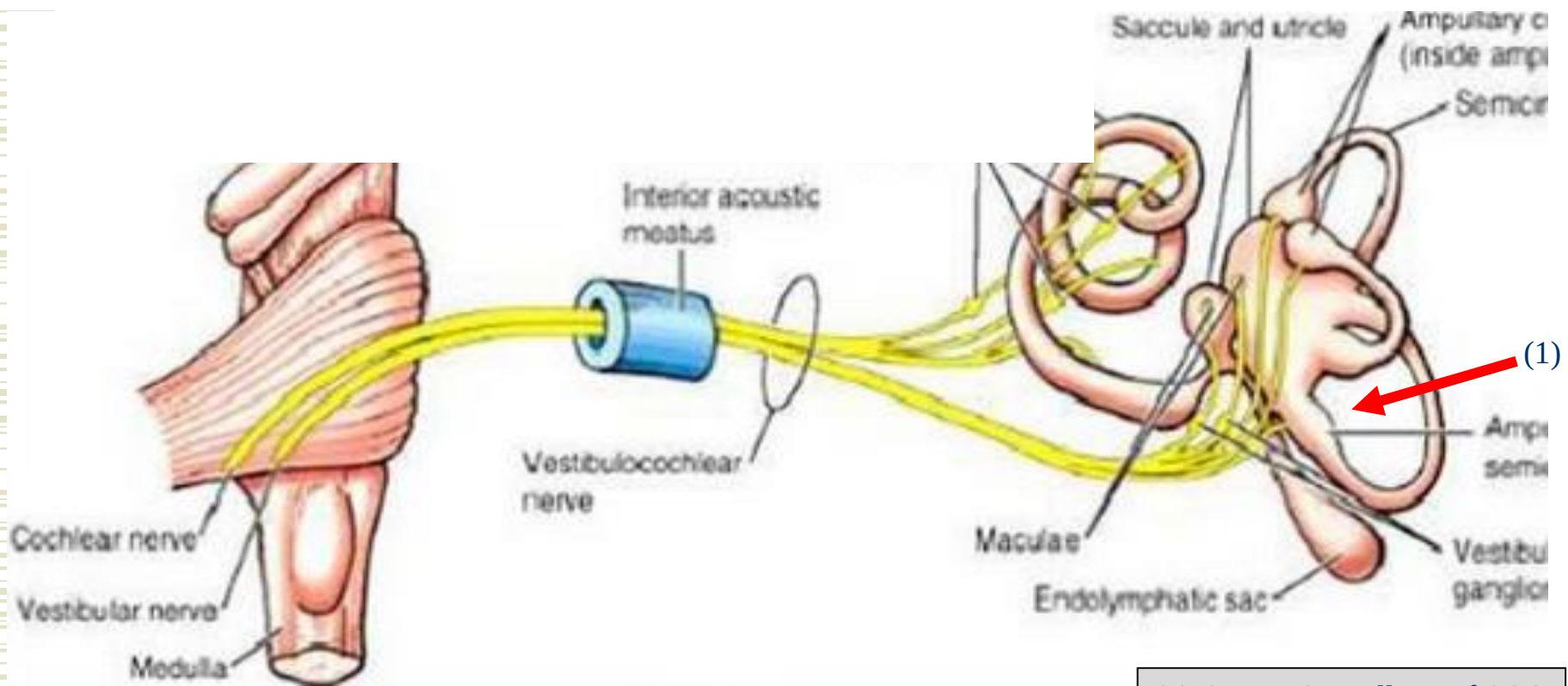


TREATMENT WITH THE EPLEY MANOEUVRE IS A
SAFE AND EFFECTIVE
TREATMENT
FOR MOST PEOPLE.

Cơ chế bệnh sinh

BPPV được mô tả gần 100 năm trước, sinh lý bệnh của nó phần lớn vẫn không thay đổi.

- Di chuyển otoconia (sỏi tai) gây kích thích các thụ thể tiền đình trong ống bán khuyên
- Gây các đợt chóng mặt tư thế lặp đi lặp lại
- **Rung giật nhãn cầu vị trí (PN)** là dấu hiệu bệnh lý của BPPV



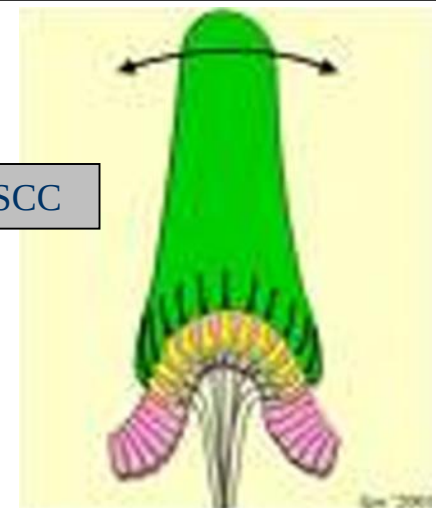
(1) Cristae Ampullaris of SCC

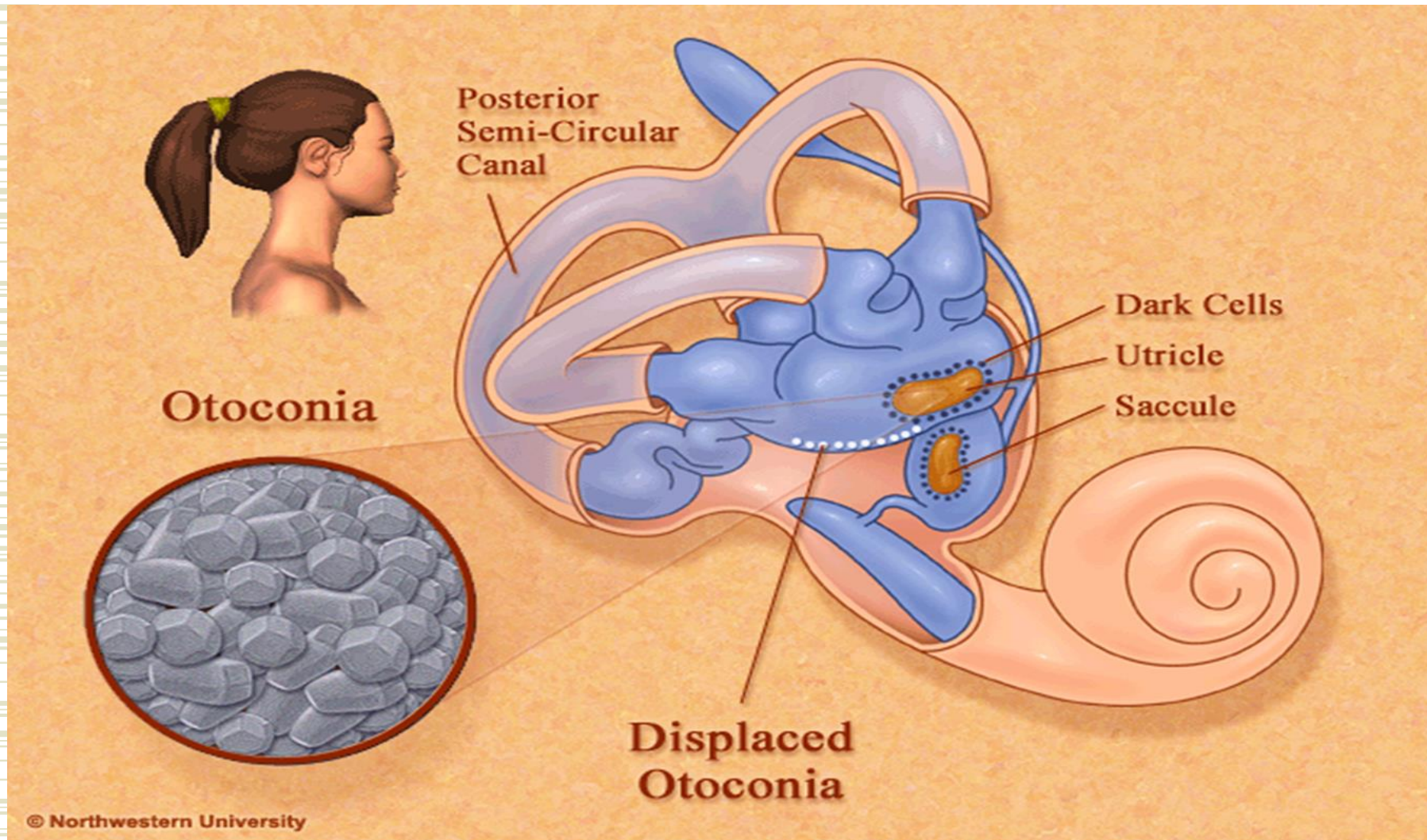


tế bào nâng đỡ

Thụ thể macula (vết) trên soan nang và cầu nang

-ĐÀI TAI : Cupula - SCC

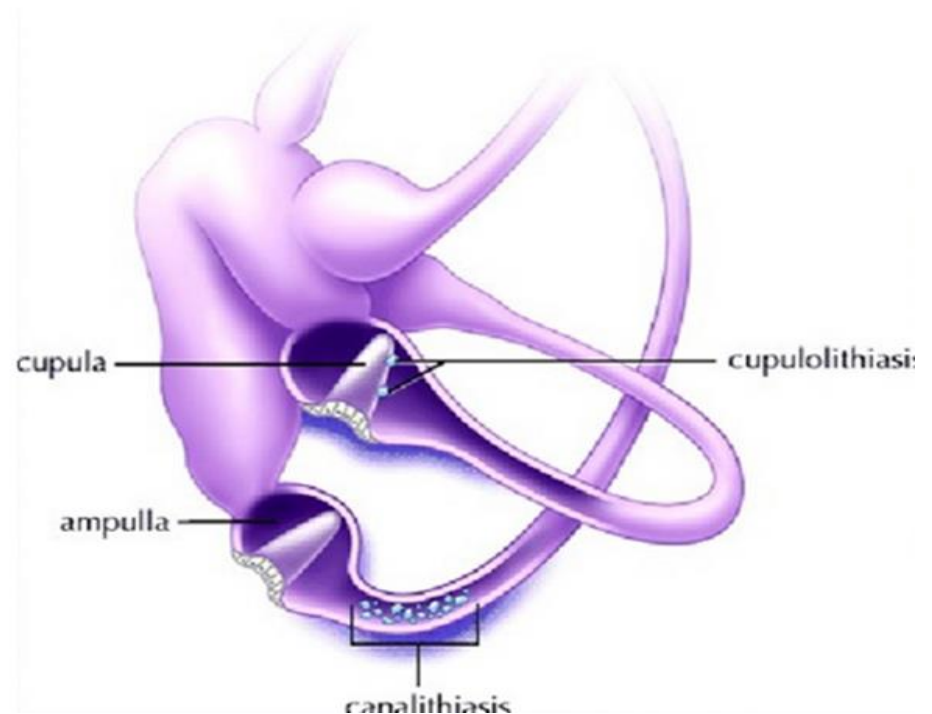




Sự di chuyển cơ học của sỏi tai (otoconia) từ soan nang (utricle) vào trong ống bán khuyên (95% ống bán khuyên sau)

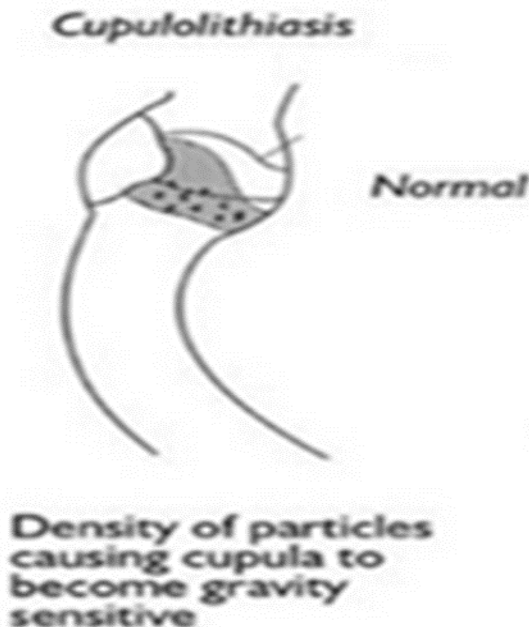
Phân loại BPPV

- ❑ Ống bán khuyên sau/bên/trước/hai bên
- ❑ Sinh lý bệnh:
 - sỏi ống bán khuyên
(*canalithiasis*)
 - sỏi đài tai
(*cupulolithiasis*)



Cupulolithiasis

- ❑ Harold Schuknecht 1962
- ❑ Mật độ (sỏi tai) bám chặt vào cupula của crista ampullaris
- ❑ Mảnh nhỏ basophilic-1969



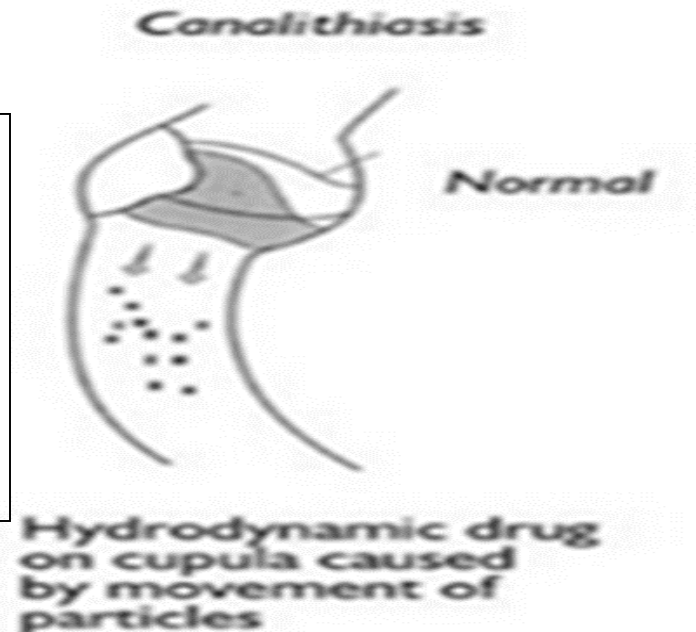
Sỏi tai (otoconia) trong soan nang vỡ rời ra và bám chặt vào đài tai (cupula) của ống bán khuyên sau

Canalithiasis

- ❑ John Epley- 1980
- ❑ Mật độ trôi tự do trong ống bán khuyên
- ❑ Parnes, McClure- 1991 tìm thấy mảnh vụn trong ống bán khuyên sau

Một khi các mảnh nhỏ kết thành khối, thay đổi tư thế đầu gây sự hút của mảnh vỡ

- Lôi kéo theo thủy động lực học (hydrodynamic drag) trong nội dịch
- Dời chỗ đài tai



Lâm sàng

- ❑ Cơ chónng mặt thoáng qua (*dưới 2 phút*)
- ❑ Khởi đầu bằng sự thay đổi tư thế
- ❑ Đặc điểm giai đoạn tăng và thuyên giảm
- ❑ Thường một bên
- ❑ Thuốc rất kém hiệu quả
- ❑ Cơ đột ngột khoảng 1-2 phút, có thể tự khởi (*sau vài tuần- vài tháng*), khả năng tái phát cao (*1 năm: 18%, 3 năm: 30%*).

Khi nào gây ra BPPV ?

Nằm xuống hay ngồi dậy

- Nằm xuống hay ngồi dậy khỏi giường

Lăn tròn trên giường

Cúi xuống

- Nhặt một đồ vật

Nhìn lên

- Cạo râu, gội đầu dưới vòi sen

Khám nha sĩ hay thăm mỹ viện

Nguyên nhân

BPPV gây ra bởi otoconia (*calci carbonat*) tách ra khỏi utricular maculae (*vết soan nang*)

- ❑ Sau chấn thương: bài tập va chạm mạnh và phẫu thuật.
- ❑ Tuy nhiên, hầu hết BN, không xác định.
- ❑ Nhiều tình trạng có thể dẫn đến sự tách rời sỏi tai như:
 - *Vitamin D huyết thanh thấp rối loạn chuyển hóa xương, thoái hóa theo tuổi,*

- Vitamin D (<10 ng / ml) và thiếu hụt (10–20 ng / ml) có liên quan đến BPPV
- Bổ sung vitamin D khi BPPV tái phát và vitamin D huyết thanh dưới mức bình thường (*uống 400 IU vitamin D và 500 mg calci hai lần một ngày*)

Không có bằng chứng nào cho thấy BPPV là do tiêm vắc-xin Covid-19 hoặc Covid gây ra, mặc dù có lẽ có nhiều người đã từng mắc cả BPPV và Covid

Yếu tố ảnh hưởng

Thông thường, triệu chứng bắt đầu sau khi

- nằm lâu trên giường
- hoặc nằm ở tư thế ngửa,
- ngửa đầu trong một thời gian dài

Chẩn đoán BPPV

- ❑ Câu hỏi chẩn đoán chính là có bị chóng mặt khi nhìn lên, cúi xuống, nằm xuống hoặc trở mình trên giường không? Chóng mặt khi ngủ dậy không đặc hiệu có thể hạ HA áp thế đứng.
- ❑ Hầu hết BPPV chẩn đoán bằng **test tư thế** và **tìm rung giật nhãn cầu**.

(Kính Frenzel sử dụng để loại bỏ sự cố định, ưu tiên hơn để xác định chính xác của rung giật nhãn cầu và giật yếu)

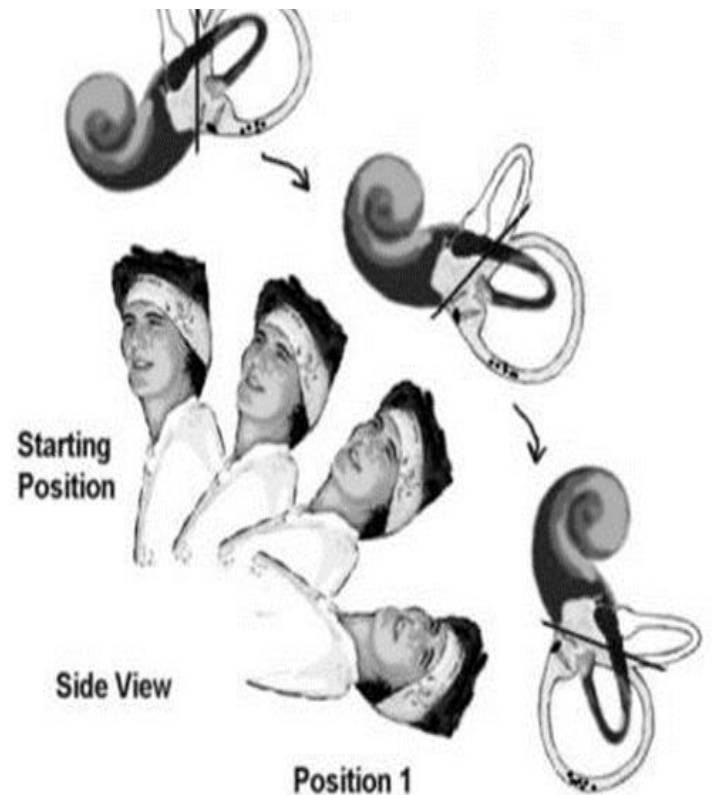
NP. Dix- Hallpike



1952 Hallpike và Dix
*đưa ra những đặc điểm
kinh điển của bệnh như:
giật nhãn cầu xoay, thời
gian tiềm và giảm đáp
ứng khi lập lại kích
thích tư thế*

❑ Xoay đầu bệnh nhân sang bên từ **30 đến 45 độ**

❑ Bệnh nhân mở mắt nhìn thẳng vào mắt hay trán thầy thuốc, sau đó thầy thuốc giữ đầu cho bệnh nhân nằm ngửa nhanh xuống trong 2 giây, cổ duỗi nhẹ ra sau và thấp hơn mặt giường khám từ **20 đến 30 độ**



Kết quả

Sau khoảng 2 đến 20 giây xuất hiện giật nhãn cầu xoay đánh lên hay giật ngang từ 20 đến 40 giây. Giật nhãn cầu thay đổi hướng khi bệnh nhân ngồi thẳng lên. Nếu giật nhãn cầu không xảy ra cho bệnh nhân ngồi lên 30 giây sau lập lại xoay đầu sang đối bên

Dựa vào giật nhãn cầu phân loại tổn thương ống bán khuyên:

- Ống bán khuyên sau: Đánh lên hay xoay theo kim đồng hồ.***
- Ống bán khuyên trước: Đánh xuống có hay không xoay theo kim đồng hồ***
- Ống bán khuyên ngang: Đánh ngang***

Ngoại lệ:

Bệnh nhân có hạn chế về thể chất bao gồm: hẹp cột sống cổ, gù cột sống nặng, hạn chế cử động cổ, hội chứng Down, viêm khớp dạng thấp nặng, bệnh lý rễ thần kinh cổ, bệnh Paget, viêm cột sống dính khớp, rối loạn chức năng lưng thấp, chấn thương tủy sống và bệnh nhân béo phì

AAO-HNSF Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update)

Published March 1, 2017
Update to the 2008 published CPG

Chẩn đoán BPPV ống bán khuyên sau

- ❑ Bệnh sử : cơn chóng mặt lặp lại khi thay đổi tư thế đầu
- ❑ Dix-Hallpike test: chóng mặt kết hợp giật nhãn cầu xoay, đánh lên (torsional (rotatory), up-beating (hướng về phía trán)

Nguyên cơ gây ra các triệu chứng tạm thời của BPPV

Rung giật nhãn cầu tư thế kích phát do Dix-Hallpike là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán. Tiền sử chóng mặt tư thế là không đủ để chẩn đoán PC BPPV

Chẩn đoán ống bán khuyên ngang

Horizontal (Lateral) Canal – BPPV

2 - 15% trường hợp BPPV

- Vô căn, chấn thương đầu nhẹ, biến chứng điều trị PC-BPPV
- Quay đầu trong khi nằm ngửa (test cuộn nằm ngửa (supine roll) gây chóng mặt nặng
- Giật nhãn cầu ngang

Geotropic – toward undermost ear(hướng trọng lực), otolithic debris displacing endolymph.

Apogeotropic – beats away from undermost ear (rarer)(hướng không trọng lực), otolithic debris attaches to cupula

KHUYẾN CÁO

Nếu bệnh nhân có tiền sử tương thích với BPPV và test Dix-Hallpike **rung giật nhãn cầu ngang hoặc không có**, bác sĩ lâm sàng nên thực hiện, hoặc giới thiệu đến bác sĩ lâm sàng có thể thực hiện, **supine roll test** để đánh giá HC BPPV.

Supine roll test



Chẩn đoán ống bán khuyên trước (Anterior Canal – BPPV)

- Yếu tố kích thích tương tự như HC – BPPV
- Giật nhãn cầu đánh xuống và xoay
(*Nystagmus downbeat and torsional*)

2% trường hợp BPPV (Korres et al, 2002)

BPPV 2 bên

- ☐ Rất ít gặp
- ☐ Thường xuất hiện sau chấn thương đầu
- ☐ Điều trị từng bên (*Must treat one side at a time so you don't “undo” the side you just treated*)
- ☐ Khó khăn hơn, thường thăm khám nhiều lần

Chẩn đoán phân biệt

- ❑ Bác sĩ lâm sàng nên phân biệt hoặc chuyển đến bác sĩ chuyên khoa phân biệt BPPV với các nguyên nhân khác gây mất thăng bằng, choáng váng và chóng mặt

Lợi ích: Ngăn chặn chẩn đoán dương tính giả về BPPV

Các yếu tố sửa đổi

Bác sĩ lâm sàng nên đánh giá bệnh nhân BPPV về các yếu tố làm thay đổi cách xử trí bao gồm suy giảm khả năng vận động hoặc thăng bằng, rối loạn hệ thần kinh trung ương, thiếu sự hỗ trợ tại nhà và / hoặc tăng nguy cơ té ngã.

*Xác định nguy cơ bị ngã và ngăn ngừa chấn thương liên quan đến ngã
Kế hoạch điều trị toàn diện, phù hợp.*

X quang

Bác sĩ lâm sàng không nên chụp X quang ở bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán BPPV nếu không có thêm các dấu hiệu và / hoặc triệu chứng không phù hợp với BPPV cần chụp

Tránh xét nghiệm không cần thiết, chi phí, nguy cơ tia X

Test tiền đình

Bác sĩ lâm sàng không nên chỉ định test tiền đình ở bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán BPPV trong trường hợp không có thêm các dấu hiệu và / hoặc triệu chứng tiền đình không phù hợp với BPPV.

Giảm chi phí và test không cần thiết



ĐIỀU TRỊ BPPV

Điều trị đầu tiên bằng thao tác tái định vị (CRP)

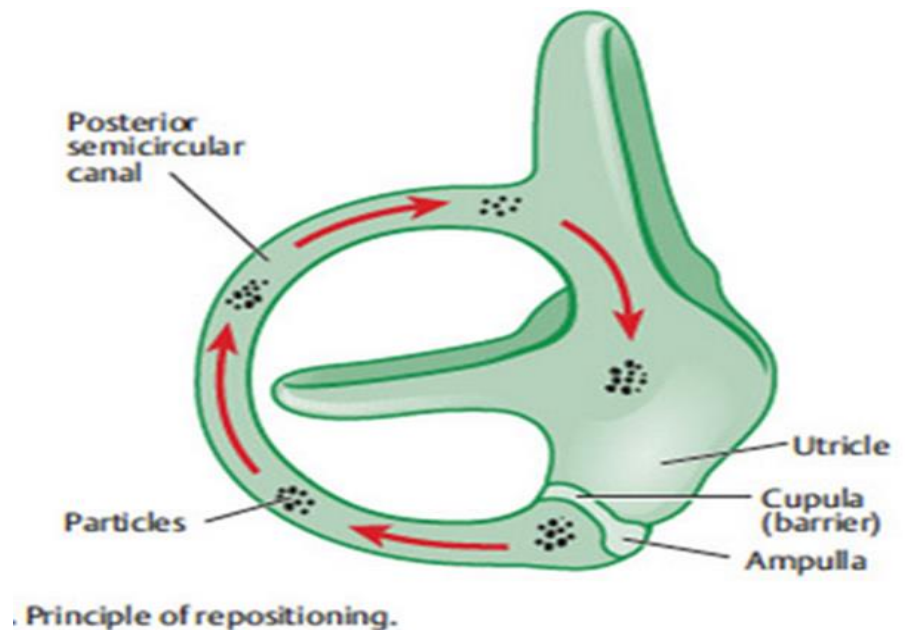
Bác sĩ lâm sàng nên điều trị, hoặc giới thiệu đến bác sĩ lâm sàng có thể điều trị cho bệnh nhân BPPV ống sau bằng thao tác tái định vị sỏi tai (canalith repositioning procedure).

♦ *Thao tác tái định vị sỏi tai (CRP)*

- Epley – hiệu quả trên 90% trường hợp
Hiệu quả nhất cho PC-BPPV
- Sermont – khó thực hiện hơn
Không ích lợi hơn Epley

Thao tác Epley

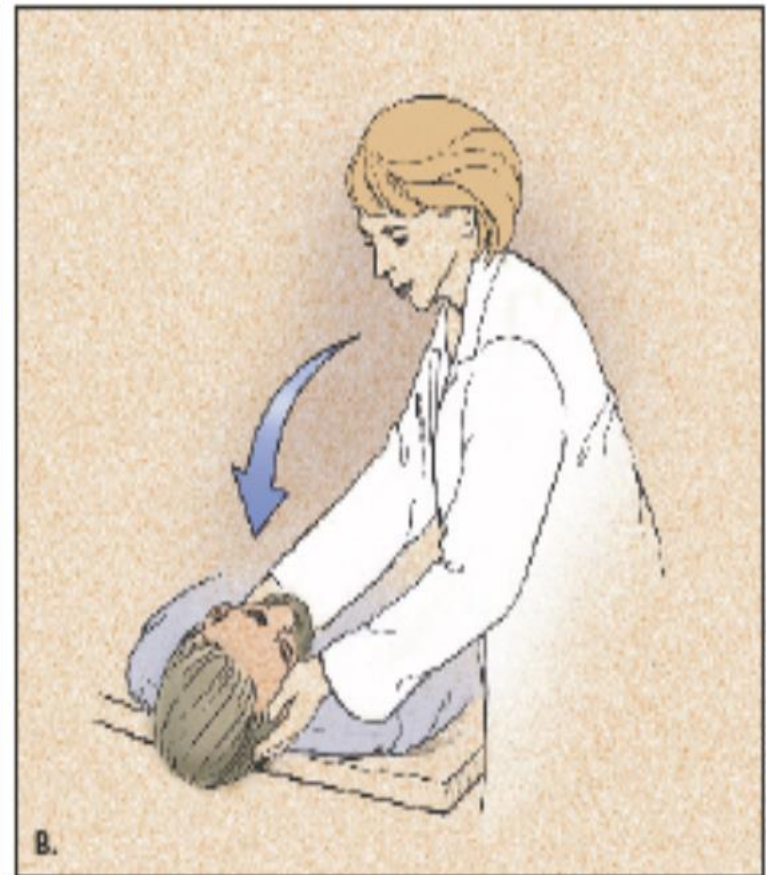
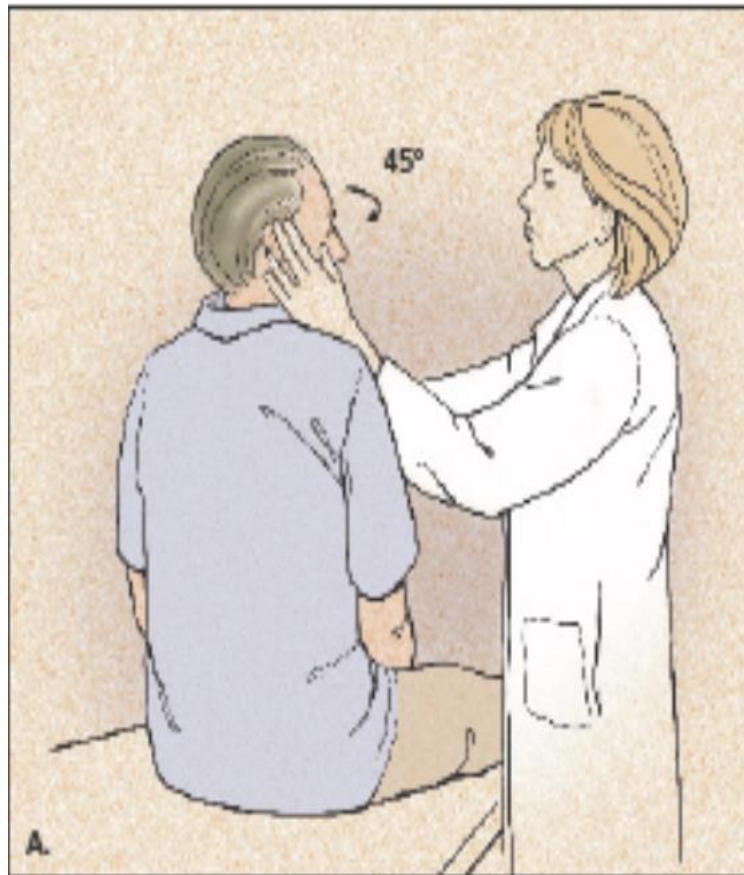
- ❑ Dr. John Epley, năm 1992
- ❑ Di chuyển đầu trong 5 tư thế liên tiếp, mỗi tư thế ngưng lại 1 phút



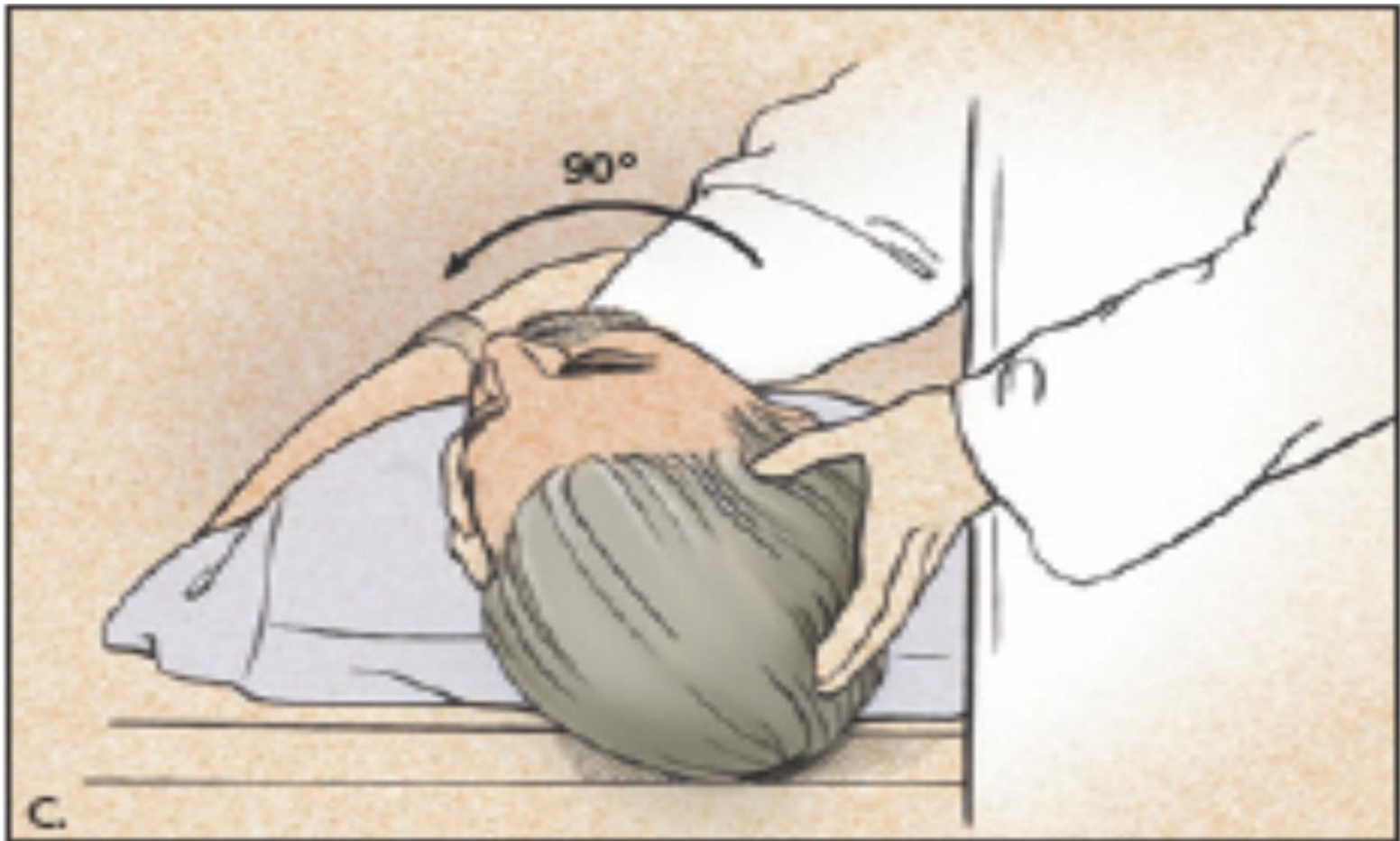
Bước 1: Thực hiện lại test Dix- Hallpike, bệnh nhân ngồi thẳng, xoay đầu 30-45° về phía cần kiểm tra, mắt mở nhìn thẳng mắt hay trán thấy thuốc, tiếp theo thầy thuốc giữ đầu và bệnh nhân nằm ngửa xuống trong 2 giây, cổ duỗi thẳng và đầu thấp hơn mặt ngang bàn khám bệnh 20-30°.

Sau thời gian từ 2-20 giây, xuất hiện giật nhãn cầu xoay hay ngang, cơn kéo dài từ 20-40 giây, hướng giật có thể thay đổi khi ngồi dậy (chú ý có thể gây chóng mặt khi test).

Bước 2: Khi bệnh nhân hết chóng mặt và giật nhãn cầu, xoay đầu 90° sang hướng đối bên.

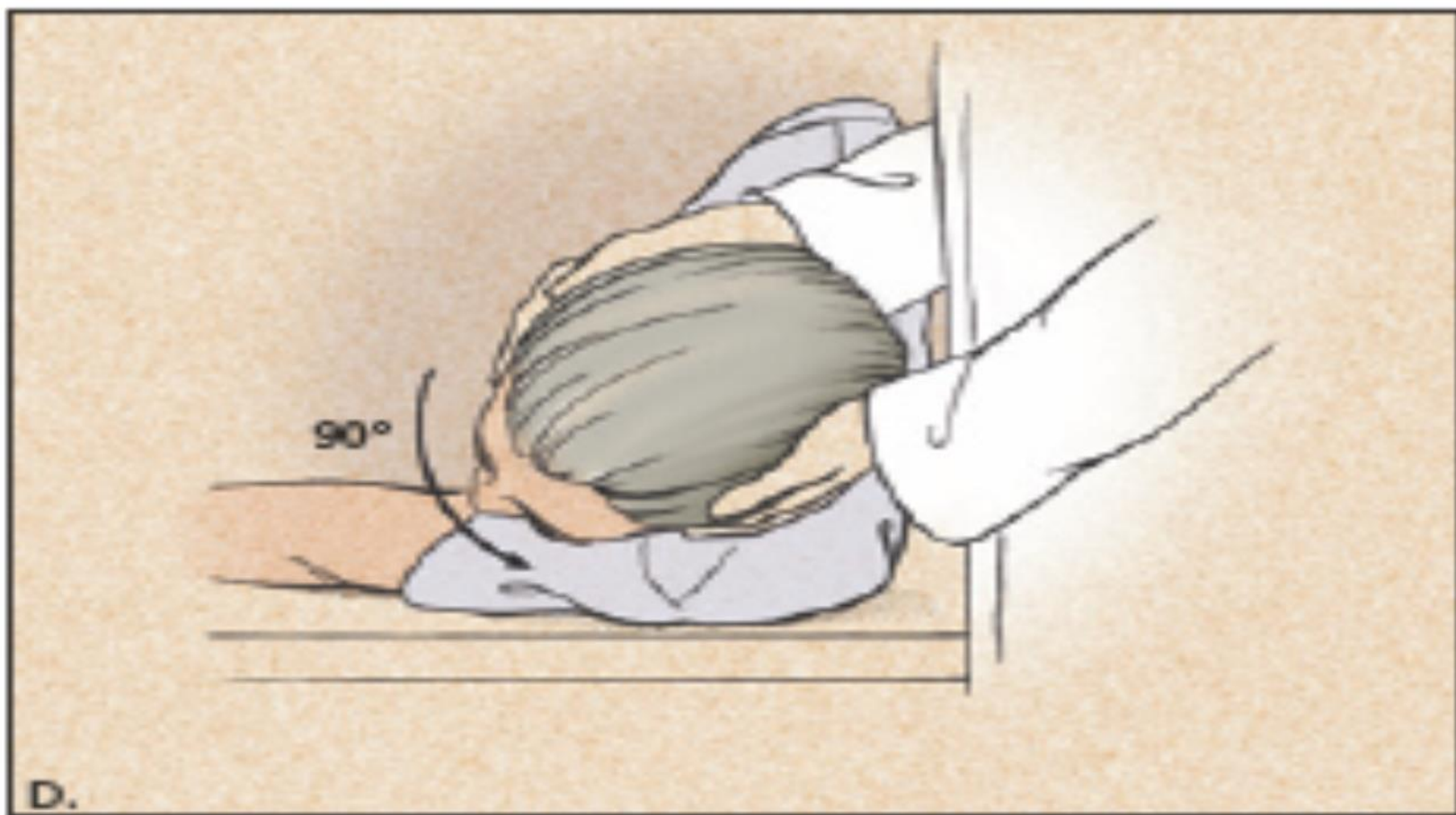


Bước 3: Tiếp tục nghiêng người qua một bên, xoay đầu 90° , mặt nhìn xuống dưới



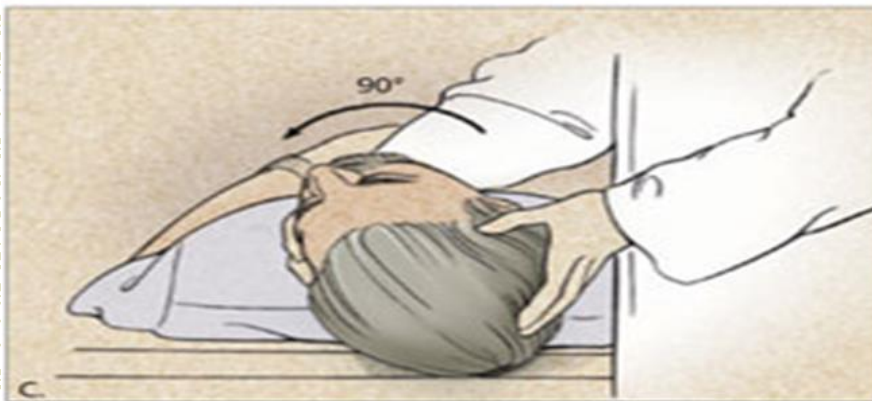
Bước 4: Đợi khoảng từ 10-15 phút hết giật nhãn cầu, cho bệnh nhân ngồi dậy

Bước 5: Đầu nhìn về phía trước xoay về đối bên



Có thể lập lại thao tác Epley, sau thực hiện giữ tư thế thẳng đứng từ 8-24 giờ





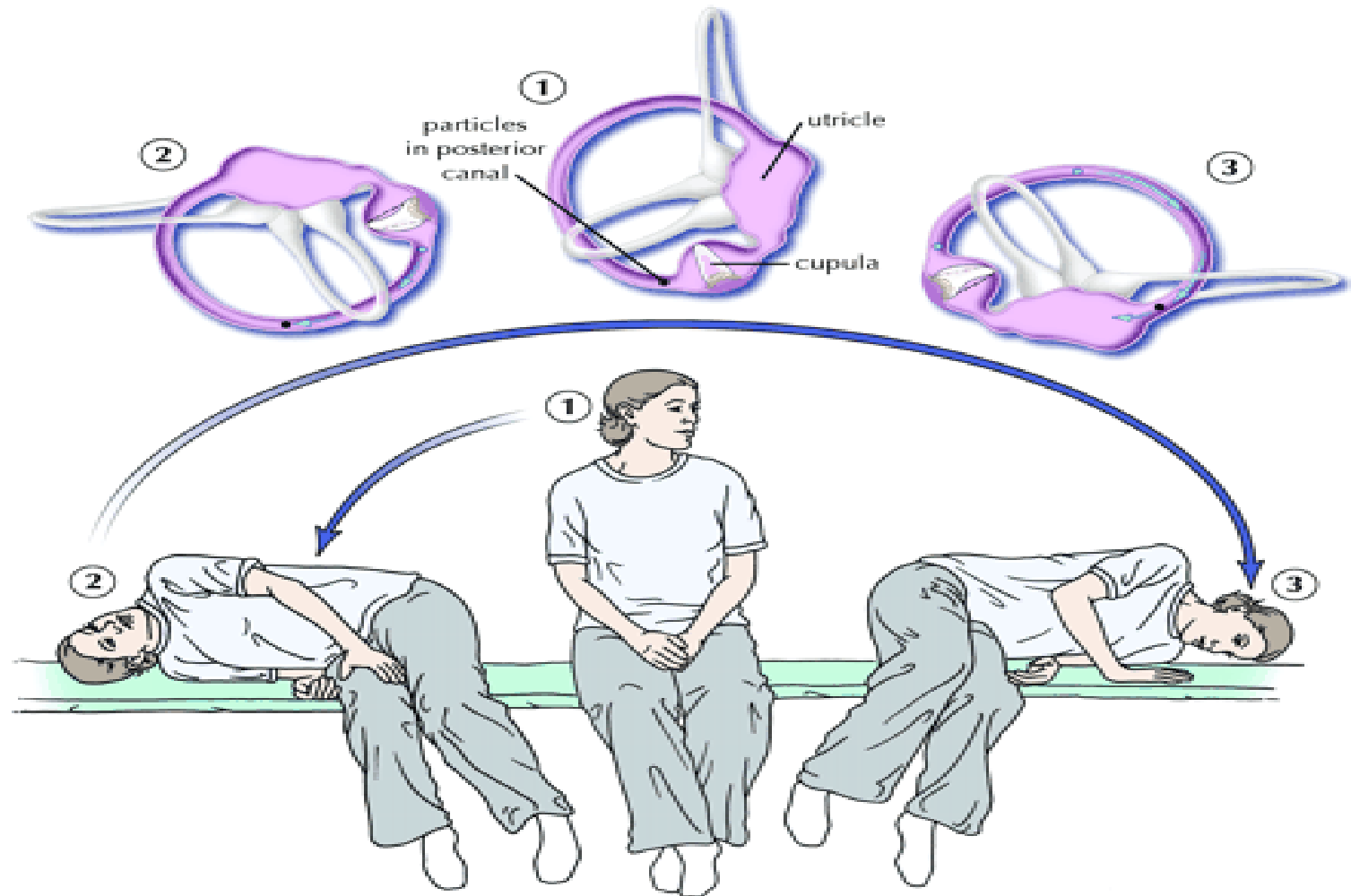
1. CRP chỉ thực hiện khi Dix-Hallpike dương tính
2. Không thể chẩn đoán chỉ dựa vào bệnh sử

Máy tạo rung

Nhiều BS dùng máy tạo dao động (hand-held oscillator) trong thao tác Epley.

- ☐ Có thể làm cho sỏi tai di chuyển và ngăn ngừa mảnh vụn dính vào thành ống bán khuyên.
- ☐ Tuy nhiên các nghiên cứu hiện nay chưa kết luận.

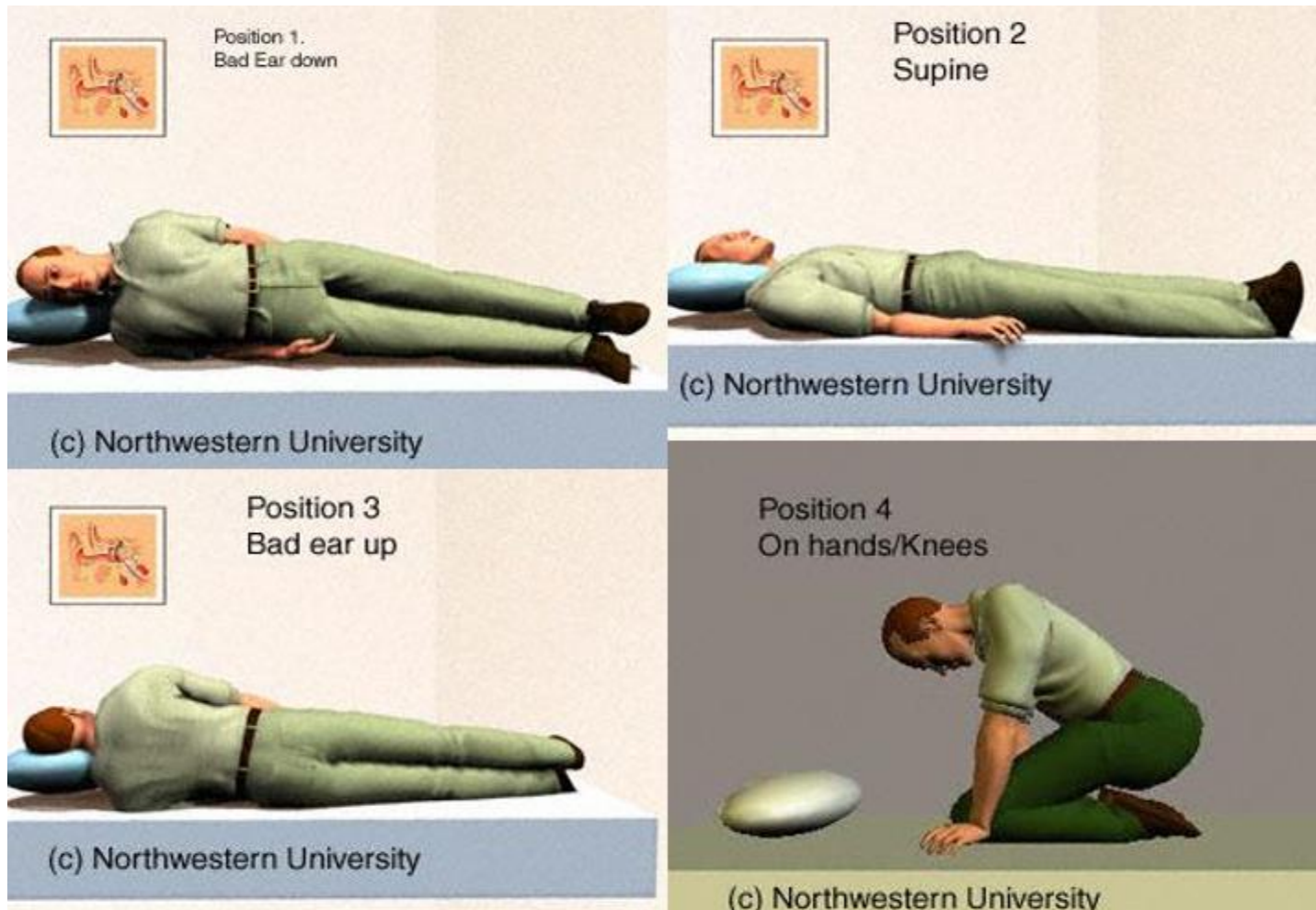
Thao tác Sermont



- ❑ Thao tác Semont (còn được gọi là thao tác "giải phóng") bao gồm một quy trình theo đó bệnh nhân nhanh chóng được chuyển từ tư thế nằm nghiêng sang nằm nghiêng bên kia (Levrat et al, 2003).
- ❑ Đó là một thao tác nhanh hiện không được ưa chuộng ở Hoa Kỳ, nhưng nó có hiệu quả 90% sau 4 lần điều trị.

Log Roll (also known as barbecue, or "Lempert")

Log roll exercises for Lateral Canal BPPV (c) Timothy C. Hain, M.D. 2013



Chống chỉ định CRP

- ☐ Bệnh tim không ổn định,
- ☐ Hẹp động mạch cảnh mức độ nặng,
- ☐ Bệnh lý cột sống cổ,
- ☐ Con thoáng thiếu máu não hay thiếu máu não tiến triển
- ☐ Có thai trên 24 tuần.

Hướng dẫn sau CRP

- ❑ Sau thao tác khuyến cáo giữ đầu ở tư thế thẳng, tránh cử động đột ngột trong 48 giờ.
- ❑ Dùng thuốc chống nôn khi cần thiết
- ❑ Khi thực hiện chú ý các triệu chứng xảy ra như: yếu, tê, rối loạn thị giác có thể do chèn ép động mạch sống nền, nếu kéo dài có thể gây đột quỵ

Biến chứng

Biến chứng thao tác tái định vị sỏi tai(CRP) rất ít

❑ **Buồn nôn/nôn:** thường không xảy ra nếu làm chậm với mastoid oscillation. Triệu chứng nặng hay bn lo âu có thể dung trước diazepam hay prochlorperazine

❑ **Thất bại:** rất ít, có thể xảy ra **3-15%**. Nếu không hiệu quả khuyến cáo lập lại thao tác. Nếu không thành công, xem xét chẩn đoán. Triệu chứng còn lại thường do làm sạch sỏi tai không hoàn toàn vì vậy có thể lập lại thao tác.

Hạn chế sau thao tác CRP

Các bác sĩ lâm sàng không nên khuyến cáo các hạn chế về tư thế sau sau thao tác tái định vị PC BPPV

Lợi ích: Nhanh chóng trở lại lối sống bình thường, giảm lo lắng, ít ngủ hơn hoặc gián đoạn công việc, giảm khó chịu về cơ xương, giảm chi phí
Tăng nguy cơ thất bại ở một nhóm nhỏ bệnh nhân

CRP

Lợi ích:

Giải quyết nhanh chóng các triệu chứng với số lượng tương đối thấp cần điều trị từ 1 đến 3 lần

Rủi ro, tác hại, chi phí:

Kích thích thoáng qua các triệu chứng của BPPV. Nguy cơ té ngã do mất thăng bằng sau thao tác. Không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào được báo cáo.

Quan sát như điều trị đầu tiên

Bác sĩ lâm sàng có thể đề nghị quan sát cùng với việc theo dõi như xử trí ban đầu cho bệnh nhân BPPV.

Không điều trị tích cực (chờ/xem)

- Cần phải điều chỉnh một số hoạt động hàng ngày để đối phó với chứng chóng mặt
- BPPV có thể kéo dài hơn 2 tháng

ủng hộ việc điều trị bằng CRP hơn là quan sát

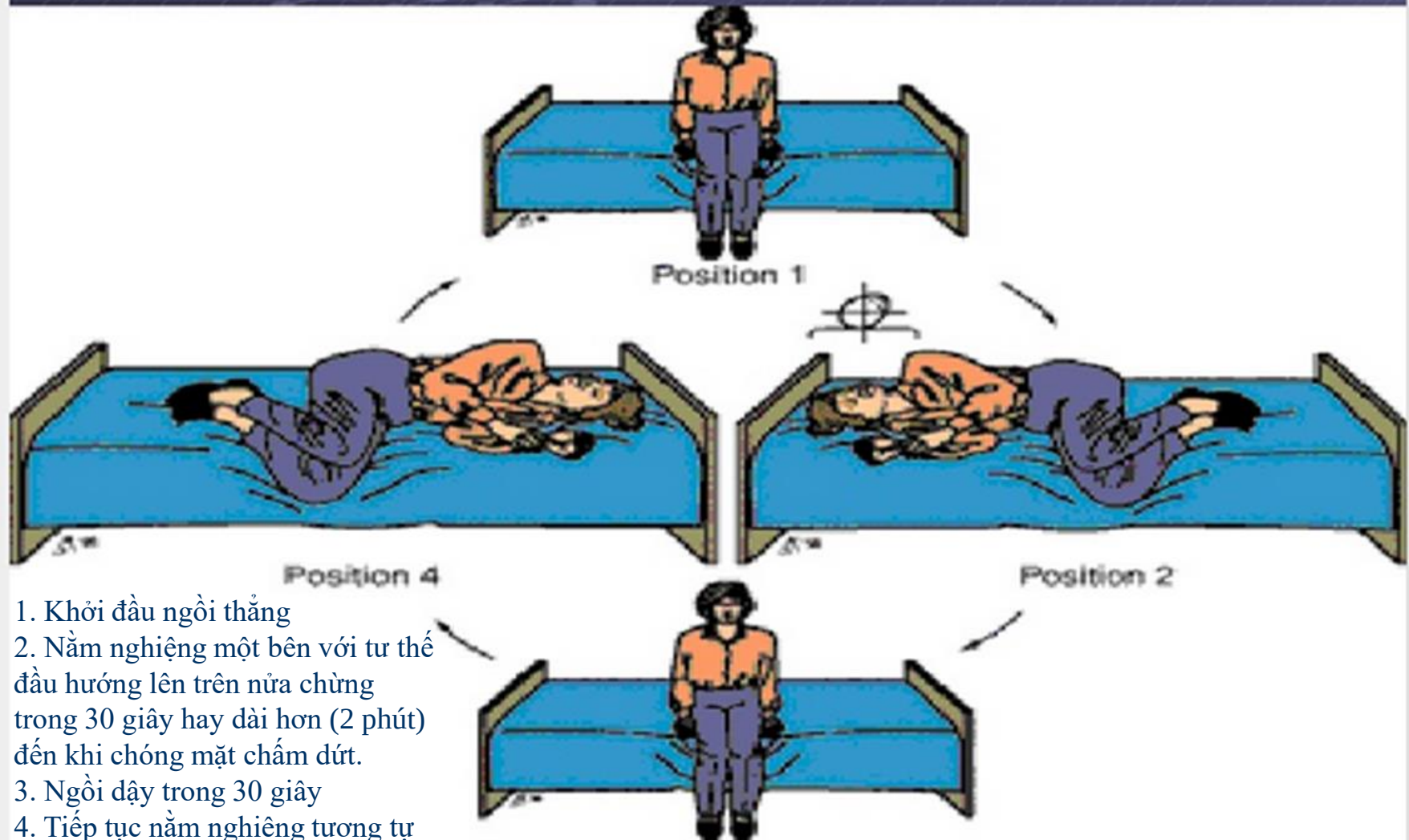
Phục hồi tiền đình

- ❑ Bác sĩ lâm sàng có thể đề nghị phục hồi chức năng tiền đình trong điều trị BPPV. Lựa chọn dựa trên các nghiên cứu quan sát có kiểm soát và cân bằng lợi ích và tác hại.
- ❑ Bổ sung tự điều trị tại nhà sau khi CRP thực hiện tại bệnh viện / phòng khám sẽ có hiệu quả hơn so với các CRP đơn thuần tại phòng khám / bệnh viện

Các bài tự tập tại nhà Brandt-Daroff hay Epley và Semont sửa đổi cho bệnh nhân đáp ứng điều trị kém hay không đáp ứng.

- ❑ Khi làm thao tác Epley thất bại, tỷ lệ thành công 95% trường hợp, đòi sự cố gắng và kéo dài thời gian nhiều hơn các phương pháp khác.
- ❑ Bài tập thực hiện 3 lần/ngày, trong 2 tuần lễ (buổi sáng, trưa và chiều: lập lại 5 lần, thời gian 10 phút, mỗi bên 2 phút)

BRANDT-DAROFF EXERCISE STEPS



1. Khởi đầu ngồi thẳng
2. Nằm nghiêng một bên với tư thế đầu hướng lên trên nửa chùng trong 30 giây hay dài hơn (2 phút) đến khi chóng mặt chấm dứt.
3. Ngồi dậy trong 30 giây
4. Tiếp tục nằm nghiêng tương tự phía đối bên

Điều trị nội khoa

Bác sĩ lâm sàng không nên điều trị thường quy BPPV bằng thuốc ức chế tiền đình như thuốc kháng histamine và / hoặc benzodiazepine

Giảm độ nhạy chẩn đoán do ức chế tiền đình trong khi thực hiện các thao tác Dix-Hallpike

Đánh giá dự hậu

Bác sĩ lâm sàng nên đánh giá lại bệnh nhân trong vòng 1 tháng sau khoảng thời gian quan sát hoặc điều trị ban đầu để ghi nhận giải quyết hoặc sự tồn tại của các triệu chứng.

Cải thiện chất lượng, nắm bắt chẩn đoán sai sót; đề nghị điều trị lại BPPV tái phát sớm hoặc CRP ban đầu thất bại, điều trị chờ đợi?

Đánh giá điều trị thất bại

Bác sĩ lâm sàng nên đánh giá, hoặc giới thiệu đến bác sĩ có thể đánh giá bệnh nhân có các triệu chứng dai dẳng về BPPV chưa được giải quyết và / hoặc các rối loạn tiền đình ngoại vi hoặc rối loạn hệ thần kinh trung ương

Điều trị hiệu quả BPPV dai dẳng và các bệnh đồng mắc liên quan. Giảm khả năng bỏ sót các tình trạng nghiêm trọng

Giáo dục

Bác sĩ lâm sàng nên giáo dục bệnh nhân về tác động của BPPV đối với sự an toàn của họ, khả năng tái phát bệnh và tầm quan trọng của việc theo dõi.

Hiểu được tác động của BPPV đối với chất lượng cuộc sống và sự an toàn, đặc biệt là té ngã

Dự hậu

- ◆ Diễn tiến BPPV: khởi phát cấp và khởi trong vòng vài tháng
- ◆ 90 – 95% bn đáp ứng thao tác tái định vị (CRP)
- ◆ Không thể tiên đoán tái phát bn đáp ứng thao tác tái định vị
- ◆ Bệnh kháng trị làm tắc ống tai sau là chọn lựa hợp lý và an toàn

A wide-angle landscape photograph showing a serene mountain scene. In the foreground, a calm lake reflects the sky, with several small boats visible on its surface. The middle ground features steep, forested slopes leading up to a vast, rugged valley. In the background, a large glacier flows down a mountain slope, surrounded by snow-dusted peaks and rocky outcrops. The overall atmosphere is majestic and peaceful.

**CHÂN THÀNH CẢM ƠN
QUÝ ĐỒNG NGHIỆP**